



Catarina Ramos Pinto

**QUALIDADE DE VIDA NA ESCLEROSE MÚLTIPLA:
INFLUÊNCIA DO SENTIDO DE VIDA, SUPORTE
SOCIAL, ALEXITIMIA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Psicologia

2014

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**QUALIDADE DE VIDA NA ESCLEROSE MÚLTIPLA:
INFLUÊNCIA DO SENTIDO DE VIDA, SUPORTE
SOCIAL, ALEXITIMIA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

Catarina Ramos Pinto

Junho 2014

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora
Marina Prista Guerra (F.P.C.E.U.P.).

Catarina Inês Ramos Pinto
Presidente: Doutora Maria Emília Costa
Arguente: Doutora Catarina Grande
Orientador/a: Doutora Marina Prista Guerra
Classificação: 18 valores

ERRATA

Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla:

Influência do Sentido de Vida, Suporte Social, Alexitimia, Ansiedade e Depressão

(Ramos Pinto, C., 2014)

Serve o presente documento para comunicar a(s) irregularidade(s) encontradas no decurso de análise deste documento, apresentando-se a sua respetiva retificação.

- Na página 16 do presente documento, na alínea c do ponto ‘2.2 Objetivos’, onde se lê “variáveis de estudo dependentes” dever-se-á ler “variáveis de estudo independentes”.
- Na página 16 do presente documento, na alínea d do ponto ‘2.2 Objetivos’, onde se lê “variáveis de estudo dependentes” dever-se-á ler “variáveis de estudo independentes”.
- Na página 29 do presente documento, na linha 10, onde se lê “poderá ser o obstáculo encontrado” dever-se-á ler “poderá ser um obstáculo encontrado”.
- Na página 39 do presente documento, na linha 9, onde se lê “realizar manter” dever-se-á ler “realizar/manter”.

Ramos Pinto, C. (2014). Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla: Influência do Sentido de Vida, Suporte Social, Alexitimia, Ansiedade e Depressão. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, 2014.

Agradecimentos

À Professora Doutora Marina Prista Guerra pelo apoio instrumental e psicológico incondicional durante todo o processo de investigação e por, mesmo que inconscientemente, me ter orientado em mais do que esta dissertação de mestrado.

À associação que recebeu a minha investigação de braços abertos e se mostrou disponível a ajudar-me sempre que necessário, independentemente da hora e dia do calendário. Um obrigada especial ao Dr. Jorge pela oportunidade que me deu.

A todos os que aceitaram fazer parte do meu estudo, um muito obrigada pelas histórias e por me fazerem crescer mais um bocadinho. Este trabalho foi realizado com e para vocês - os verdadeiros heróis desta investigação.

A toda a minha família, por estarem sempre ao meu lado e por se mostrarem sempre disponíveis para me ajudar.

Aos meus pais, por todo o apoio que me deram nos últimos cinco anos, por acreditarem em mim quando eu mesma não acreditava, e por estarem sempre ao meu lado, mesmo nos momentos de maior teimosia. Obrigada por me acompanharem neste percurso e por me lembrarem constantemente de quem sou.

Ao meu irmão, por ter sido o meu porto de abrigo nestes últimos cinco anos, por me lembrar constantemente de que eu era capaz e por acreditar em mim e nas minhas capacidades. Obrigada por me teres feito acreditar que eu era capaz de ultrapassar qualquer obstáculo.

Aos amigos que fiz durante os anos de Faculdade e que me fizeram compreender o porquê de dizerem que estes são os melhores anos da nossa vida. Um especial obrigada à Maria João, à Raquel e à Cátia. Porque foram os ataques de ansiedade, as conversas sinceras e os momentos de brincadeira que fizeram destes anos os melhores das nossas vidas. Obrigada por terem crescido comigo e pelas vitórias que conquistamos juntas.

Aos amigos que fiz fora da Faculdade e que são, também, uma das razões subjacentes à magnificência destes últimos cinco anos. Obrigada por terem, a qualquer hora, uma palavra simpática a dizer, por acreditarem em mim nos momentos mais desafiantes e por celebrarem as minhas vitórias. Obrigada por não terem permitido que a distância influenciasse o vosso apoio e suporte.

Resumo

O diagnóstico médico de Esclerose Múltipla (EM) obriga o indivíduo a experienciar uma série de sentimentos variados em adaptação às mudanças físicas e funcionais que acompanham esta enfermidade. A EM é uma doença inflamatória e degenerativa do Sistema Nervoso que se caracteriza pela sua cronicidade e etiologia desconhecida, podendo provocar elevados níveis de incapacidade física, motora, cognitiva e psicológica.

A presente dissertação visa expor a investigação levada a cabo com uma amostra portuguesa de indivíduos com diagnóstico de EM. Esta investigação foi desenhada de forma a observar a influência de algumas variáveis psicológicas (*i.e.*, sentido de vida, suporte social, alexitimia, ansiedade, depressão) na avaliação da qualidade de vida destes indivíduos. A recolha de dados foi efetuada através de instrumentos específicos para avaliação de cada variável, como é o caso da escala do *Sentido de Vida* (Guerra, M., Lencastre, Silva & Teixeira, 2014), *Suporte Social* (Guerra, M., 1995), *TAS-20* (Bagby, Parker & Taylor, 1985), *HADS* (Zigmond & Snaith, 1983) e *WHOQOL-Bref* (Serra et al., 2006). Estes foram utilizados em conjunto com um questionário sociodemográfico e clínico do indivíduo e com a escala *Barthel* (Barthel & Mahoney, 1965). A amostra final foi constituída por 30 indivíduos com diagnóstico médico confirmado de EM, sendo 43,3% homens e 56,7% mulheres com uma média de idade de 48.17 anos ($DP = 12.70$). Do ponto de vista clínico a maioria dos pacientes recebeu o diagnóstico de EM Recidivante Remitente ou EM Secundária Progressiva, ambas com uma taxa de resposta de 36.7% cada. A avaliação da qualidade de vida realizada pelos indivíduos revelou pontuações satisfatórias, quando comparados com outras patologias, refletindo a capacidade dos indivíduos em manter uma atitude positiva mesmo quando sujeitos a altos níveis de *distress* emocional.

Observou-se o efeito preditor das variáveis psicológicas depressão e sentido de vida para a dimensão geral de qualidade de vida; para a dimensão física, o papel preditor da depressão e da funcionalidade; e para os domínios psicológico e ambiental da qualidade de vida observou-se o efeito do sentido de vida e da ansiedade.

Este estudo aponta para a importância da intervenção psicológica se focar na diminuição da ansiedade e depressão e na redescoberta do sentido de vida com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com EM enfatizando a necessidade de cada pessoa ser vista como um ser único e com necessidades próprias.

Abstract

The medical diagnosis of Multiple Sclerosis (MS) forces the individual to experience a variety of different feelings in adaptation to the physical and functional changes that follow this disease. Multiple Sclerosis is an inflammatory and degenerative disease of the nervous system that can be characterized by its chronicity and unknown etiology, causing high levels of motor, cognitive and psychological disability.

This dissertation aims to expose the research carried out with a Portuguese sample of individuals diagnosed with MS. The study was designed in order to observe the influence of psychological variables (*i.e.*, meaning of life, social support, alexithymia, anxiety, depression) in these individuals' assessment of the quality of life.

The data was collected with specific instruments to measure each variable, such as the scale of *Meaning of Life* (Guerra, M., Lancaster, Silva & Teixeira, 2014), *Social Support* (Guerra, M., 1995), *TAS-20* (Bagby, Parker & Taylor, 1985), *HADS* (Zigmond & Snaith, 1983) and *WHOQOL-Bref* (Serra et al., 2006). Alongside these instruments were a socio-demographic and clinical survey and the *Barthel* scale (Barthel & Mahoney, 1965). The final sample consisted of 30 individuals with a confirmed medical diagnosis of MS, 43.3% men and 56.7% women with a mean age of 48.17 ($DP = 12.70$). From the clinical point of view, the majority of individuals were diagnosed with Relapsing Remitting MS or secondary progressive MS, with a response rate of 36.7% each. The assessment of the quality of life made by the individuals of the sample revealed satisfactory scores when compared with other pathologies, reflecting the individuals' abilities to maintain a positive attitude even when exposed to high levels of emotional distress. It was possible to observe the predictor effect of some psychological variables, such as depression and meaning of life for the general dimension of quality of life; for physical dimension, depression and functionality; and for psychological and environmental domains of quality of life it was possible to observe the predictor effect of the meaning of life and of anxiety.

This study points out the importance of psychological intervention focusing, on one hand, on the reduction of anxiety and depression and, on the other hand, in the rediscovery of the meaning of life, both with the goal of improving the quality of life of people with MS and emphasizing the need for each person to be seen as unique and with their own needs.

Résumé

Le diagnostic de la Sclérose en Plaques (SEP) oblige de la personne qu'elle traverse une variété de sentiments différents en adaptation aux changements physiques et fonctionnels qui résultent de cette maladie. La Sclérose en Plaques est une maladie inflammatoire et dégénérative du système nerveux qui peut être caractérisée par sa chronicité et son étiologie inconnue, provoquant des taux élevés d'handicaps moteurs, cognitifs et psychologiques.

Ce mémoire a pour but d'exposer la recherche menée sur un échantillon portugais de personnes atteintes de la SEP. L'étude a été conçue pour observer l'influence des variables psychologiques (ex : le sens de la vie, le soutien social, l'alexithymie, l'anxiété, la dépression) dans l'évaluation de la qualité de vie de ces personnes.

Les données ont été rassemblées pour mesurer chaque variable, comme l'échelle du *Sens de la vie* (Guerra, M., Lancaster, Silva & Teixeira, 2014), du *Soutien Social* (Guerra, M., 1995), du TAS-20 (Bagby, Parker & Tylour, 1985), du *HADS* (Zigmond & Snaith, 1983) et du *WHOQOL-Bref* (Serra et al., 2006). A côté de ces outils se trouve une enquête sociodémographique et clinique, ainsi que l'échelle *Barthel* (Barthel & Mahoney, 1965). L'échantillon final se composait de 30 personnes avec un diagnostic confirmé de SEP, dont 43.3% étaient des hommes et 56.7% des femmes avec un âge moyen de 48.17 ans (ET = 12.70), la plupart étaient mariés (43.3%). D'un point de vue clinique, la majorité des personnes était diagnostiquée avec une forme récurrente-rémittente de SEP ou une forme progressive secondaire de SEP, avec un taux de réponse de 36.7% chacun. L'évaluation de la qualité de vie faite par les personnes de l'échantillon a révélé des résultats satisfaisants comparés à celle d'autres pathologies, reflétant les capacités des personnes à maintenir une attitude positive même quand elles sont exposées à de hauts niveaux de détresse émotionnelle. Il a été possible d'observer l'effet prédictif de certaines variables psychologiques, comme la dépression et le sens de la vie pour l'aspect général de la qualité de la vie ; pour l'aspect physique, la dépression et la fonctionnalité ; et pour les domaines psychologiques et environnementaux de la qualité de la vie, il a été possible d'observer l'effet prédictif de la qualité de la vie et de l'anxiété.

Cette étude souligne l'importance de l'intervention psychologique, qui se concentre d'une part sur la réduction de l'anxiété et de la dépression, et d'autre part sur la redécouverte du sens de la vie, tous les deux ayant pour but d'améliorer la qualité de la

vie des personnes atteintes de la SEP et d'accentuer le besoin que chaque personne a d'être considérée comme unique et ayant ses propres besoins.

Lista de abreviaturas

β Beta

cf. Confrontar

e.g. Por exemplo (do latim *exempli gartia*)

DP Desvio Padrão

EM Esclerose Múltipla

et al. E outros (do latim *et alii*)

HADS Hospital Anxiety and Depression Scale

M Média

p Nível de significância

p. (pp.) Página (páginas)

QV Qualidade de vida

r Coeficiente Correlação de *Pearson*

SNC Sistema Nervoso Central

SPSS (v.19) Statistical Package for the Social Sciences - Version 19

t t de Student

WHOQOL The World Health Organization Quality of Life

Índice Geral

1. Introdução	1
1.1 Esclerose Múltipla	1
1.1.1 Epidemiologia	1
1.1.2 Etiologia	2
1.1.3 Manifestações Clínicas e Evolução	3
1.1.4 Implicações Psicológicas	4
1.2 Sentido de Vida	6
1.3 Suporte Social	7
1.4 Alexitimia	8
1.5 Depressão	10
1.6 Ansiedade	11
1.7 Qualidade de Vida	12
 2. Introdução ao estudo empírico	 15
2.1 Pertinência do estudo	15
2.2 Objetivos	16
2.3 Variáveis em estudo	16
 3. Método	 17
3.1. Participantes	17
3.1.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes	17
3.1.1.1 Idade	17
3.1.1.2 Género	17
3.1.1.3 Estado Civil	18
3.1.1.4 Grau de Escolaridade	18
3.1.1.5 Profissão	18
3.1.1.6 Tempo de Lesão	18
3.1.1.7 Subtipo de Lesão	18
3.1.1.8 Tratamento(s) a realizar/realizados	19
3.2 Instrumentos	19
3.2.1 Sentido de Vida	19

3.2.2 Suporte Social	19
3.2.3 Alexitimia	20
3.2.4 Depressão e Ansiedade	21
3.2.5 Qualidade de Vida	21
3.3 Procedimento	22
4. Resultados e discussão	24
4.1 Análise descritiva das variáveis	24
4.1.1 Sentido de Vida	25
4.1.2 Suporte Social	25
4.1.3 Alexitimia	26
4.1.4 Depressão e Ansiedade	26
4.1.5 Funcionalidade	27
4.1.6 Qualidade de Vida	27
4.2 Comparação de médias	28
4.2.1 Alexitímicos e Não Alexitímicos	28
4.2.1.1 Ponto de corte para o limite de comparação de médias: 61	29
4.2.2 Características sociodemográficas e clínicas	29
4.2.2.1 Subtipo de Lesão	29
4.2.2.2 Tempo de Lesão	30
4.2.2.3 Idade	31
4.2.2.4 Escolaridade	31
4.3 Correlações	31
4.3.1 Correlação entre variáveis psicológicas	32
4.3.2 Qualidade de Vida Geral, Domínio Físico, Psicológico, Social e Ambiental	33
4.3.3 Subtipo de Lesão e Qualidade de Vida	35
4.4 Modelos Preditores	35
4.4.1 Domínio Geral da Qualidade de Vida	35
4.4.1.1 Sentido de Vida e Depressão	36
4.4.2 Domínio Físico da Qualidade de Vida	36
4.4.2.1 Depressão e Funcionalidade	36
4.4.2.2 Depressão e Tipo de Lesão	37

4.4.3 Domínio Psicológico da Qualidade de Vida	37
4.4.3.1 Ansiedade e Sentido de Vida	38
4.4.4 Domínio Social da Qualidade de Vida	38
4.4.4.1 Depressão e Suporte Social	38
4.4.5 Domínio Ambiental da Qualidade de Vida	39
4.4.5.1 Sentido de Vida e Ansiedade	39
 5. Conclusão	 40
 Referências Bibliográficas	 45

Anexos

Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Caracterização da amostra por idade</i>	17
Quadro 2. <i>Caracterização da amostra por gênero</i>	17
Quadro 3. <i>Caracterização da amostra por estado civil</i>	18
Quadro 4. <i>Distribuição de frequências das escalas Sentido de Vida, Suporte Social, Alexitimia, Depressão, Ansiedade e sub-variável Funcionalidade</i>	24
Quadro 5. <i>Distribuição de frequências das dimensões e componentes da WHOQOL-Bref</i>	27
Quadro 6. <i>Correlações estabelecidas entre o Sentido de Vida, Suporte Social, Alexitimia, Depressão, Ansiedade e Funcionalidade</i>	32
Quadro 7. <i>Correlações estabelecidas com todos os domínios da Qualidade de Vida</i>	33
Quadro 8. <i>Teste ANOVA para subtipo de lesão e variáveis em estudo</i>	
Quadro 9. <i>Teste ANOVA para tempo de lesão e variáveis em estudo</i>	
Quadro 10. <i>Teste ANOVA para escolaridade e variáveis em estudo</i>	

Lista de Anexos

Anexo 1. Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia da Universidade de Porto

Anexo 2. Consentimento Informado

Anexo 3. Teste *ANOVA* com variável *Subtipo de Lesão*

Anexo 4. Teste *ANOVA* com variável *Tempo de Lesão*

Anexo 5. Teste *ANOVA* com variável *Escolaridade*

1. Introdução

1.1 Esclerose Múltipla

A esclerose múltipla é a patologia não traumática mais comum do Sistema Nervoso Central (Abreu, Guimarães, Mendonça & Sá, 2012). Identificada por muitos autores como sendo uma doença crónica, inflamatória e progressiva (Acquarone et al., 2007; Asiret & Özdemir, 2011; Beard, Richards, Sampsom & Tappenden, 2002; Colinet, 2013; Guerra, S., 2013; Richman & Schub, 2013; Theofilou, 2013), a esclerose múltipla insere-se no grupo de doenças autoimunes, sendo a causa mais frequente de incapacidade neurológica no indivíduo adulto (Abreu et al., 2012; Auquier et al., 2013; Benito-León, González, Mitchell, & Rivera-Navarro, 2005). Numa doença em que o sistema imunitário se revela incapaz de distinguir as células do próprio corpo das células consideradas estranhas, a esclerose múltipla é caracterizada pela desmielinização da matéria branca que envolve e protege os hemisférios cerebrais, tronco cerebral, cerebelo, medula espinal e nervos óticos (Asiret et al., 2011; Colinet, 2013; Richman et al., 2013; Ruto, 2013), levando a uma condutividade nervosa deficitária que se traduz em limitações ao nível do envio e receção de informação entre o cérebro e outras partes do corpo (Ruto, 2013). A inflamação subjacente à danificação das bainhas de mielina que protegem os axónios provoca, também, limitações ao nível da condução dos impulsos nervosos no SNC. Os processos inflamatórios aqui descritos podem conduzir a dois resultados distintos: caso seja eliminada a inflamação que conduziu à desmielinização, as bainhas de mielina podem ser parcialmente substituídas, levando a uma recuperação total ou parcial da função neurológica anteriormente observada; caso a destruição dos axónios se revele definitiva e agressiva, observa-se a substituição dos axónios por tecido cicatrizado sem qualquer funcionalidade neurológica (Ruto, 2013), o que explica o carácter neuro-degenerativo observado nesta enfermidade (Abreu et al., 2012).

1.1.1 Epidemiologia

De acordo com Benito-León e colaboradores (2005), a esclerose múltipla afeta um em cada 1000 sujeitos, perfazendo uma estimativa de 2 - 2.5 milhões de indivíduos com diagnóstico médico de esclerose múltipla em todo o Mundo (DeLuca & Nocentini, 2011; Richman et al., 2013).

Embora todos os Seres Humanos estejam suscetíveis a receber um diagnóstico de esclerose múltipla, a comunidade científica tem, nos últimos anos, procurado dados que permitam estabelecer uma relação entre os números encontrados pelas estatísticas e algumas variáveis caracterizadoras (*e.g.*, localização geográfica, género, idade). Relativamente às variáveis geográficas, algumas investigações (Asiret et al., 2011; DeLuca et al., 2011) apontam uma maior incidência de esclerose múltipla em países da Europa do Norte e da América do Norte. Em Portugal, prevê-se que existam cerca de 5000 indivíduos com esclerose múltipla, com uma taxa de prevalência bruta de 46.3 em cada 100 000 indivíduos (Becho et al., 2006).

A incidência da esclerose múltipla é maior no género feminino do que no género masculino (Abreu et al., 2012; Colinet, 2013), sendo que, de 1955 a 2000, a relação entre o género (*i.e.*, mulher - homem) e o diagnóstico de esclerose múltipla aumentou de 1.4 para 2.38 (Abreu et al., 2012).

De acordo com a literatura, os primeiros sintomas de esclerose múltipla aparecem entre os 20 e os 40 anos de idade (Abreu et al., 2012; Beard et al., 2002; Colinet, 2013; DeLuca et al., 2011; Guerra, S., 2013), sendo a idade média de diagnóstico os 29 anos em mulheres e os 31 anos nos homens (Richman et al., 2013). Embora a idade adulta seja, para muitos autores, o período fulcral em que esta enfermidade pode aparecer, DeLuca e colaboradores (2011) verificaram a existência de casos médicos que registavam a existência de esclerose múltipla em crianças e indivíduos com idades superiores a 50 anos.

1.1.2 Etiologia

A etiologia subjacente à esclerose múltipla permanece até à data desconhecida (Abreu et al., 2012; Colinet, 2013; Guerra, S., 2013). No entanto, a investigação científica complementa a possível interação de diferentes fatores que poderão estar por detrás de alterações imunológicas (Guerra, S., 2013) e, consequentemente, “fenómenos de autoimunidade que têm por alvo a mielina” (Abreu et al., 2012, p. 6).

O interesse pelo papel atribuído a causas ambientais no aparecimento de esclerose múltipla tem aumentado nas últimas décadas, com a vitamina D a ser alvo de estudo pela comunidade científica. Alguns autores (Abreu et al., 2012; Richman et al., 2013) apoiam a hipótese de que baixos níveis de vitamina D no organismo do Homem poderão aumentar o grau de suscetibilidade ao desenvolvimento dos sintomas da esclerose múltipla, algo apoiado pela localização geográfica (*i.e.*, com o aumento da

distância ao Equador, diminuem os níveis de vitamina D disponíveis para cada indivíduo).

Alguns autores (Abreu et al., 2012; Hawkes, 2007) formularam, também, a hipótese de o tabaco estar relacionado com a esclerose múltipla, tendo Hawkes (2007) observado um risco superior de desenvolvimento desta doença para indivíduos fumadores em relação a indivíduos não fumadores. Dados epidemiológicos recentes apontam a necessidade de aprofundar o conhecimento da comunidade científica em relação à influência de fatores genéticos no desenvolvimento desta enfermidade (Richman et al., 2013), estando parte da atenção virada para o campo da imunogenética, onde alguns autores (Abreu et al., 2012; Richman et al., 2013) apontam para a relação existente entre o vírus *Epstein-Barr* (EBV) e o diagnóstico de esclerose múltipla.

1.1.3 Manifestações Clínicas e Evolução

Os sintomas subjacentes à esclerose múltipla tendem a variar entre os indivíduos com esta enfermidade (Colinet, 2013). A desmielinização pode afetar qualquer axónio, levando à perda de funções anteriormente controladas pelo Sistema Nervoso Central (Guerra, S., 2013), o que permite explicar a vasta sintomatologia que constitui o reportório de esclerose múltipla. Os sintomas que podem ser experienciados por indivíduos com esta patologia incluem entorpecimento, fadiga, problemas de visão, ataxia, espasticidade, problemas no controlo da micção e defecação, sensibilidade ao calor, disfunção sexual, fraqueza muscular, défices cognitivos, disartria e perda de sentidos (Amato et al., 2012; Colinet, 2013; Guerra, S., 2013; Theofilou, 2013).

O curso da esclerose múltipla é marcado por surtos aleatórios e não identificáveis, evoluindo lentamente para uma forma progressiva (Kane, Turner, Wallin, Wilken & Williams, 2006). O grau de incapacidade observado nos indivíduos permitiu definir quatro tipos de esclerose múltipla (Abreu et al., 2012; Richman et al., 2013; Ruto, 2013), apresentados de seguida.

- **Recidivante Remitente:** também conhecida por Surto Remissão, é o tipo mais comum de esclerose múltipla, caracterizando-se por uma recuperação total e remissão dos sintomas. No período intervalar entre os surtos, não se observa progressão da doença. Este tipo de esclerose múltipla pode evoluir para Secundária Progressiva.
- **Secundária Progressiva:** a recuperação dos sintomas após um surto não é total, observando-se um agravamento continuado entre os surtos e, consequentemente, um aumento do nível de incapacidade.

- Primária Progressiva: os sintomas apresentados pelos indivíduos tendem a agravar de forma constante desde o diagnóstico, observando uma evolução ou estabilização dos sintomas. Pode-se observar uma estagnação da incapacidade do indivíduo ou um agravamento progressivo.
- Primária Recidivante: este é um tipo raro de esclerose múltipla, progredindo de forma constante desde o início, com surtos claramente identificáveis.

1.1.4 Implicações Psicológicas

A mudança é algo inevitável na vida de qualquer indivíduo e requer um certo nível de adaptação. O diagnóstico de doença crônica e/ou incapacidade provoca um desmembramento da vida anterior do indivíduo (Frank & Gibson, 2002), obrigando-o a lidar com um conjunto de mudanças sob um telhado de emotividade intenso (Acquarone et al., 2007). O processo de adaptação à situação de crise gerada pelo diagnóstico é dependente de um conjunto de fatores que, por sua vez, influenciam a mobilização de estratégias de *coping* para enfrentar os desafios e obstáculos - natureza da enfermidade, personalidade pré-mórbida do indivíduo lesado, significado atribuído à doença, qualidade e condições da vida atual do indivíduo e o grau de apoio que auferir de familiares e outros (Falvo, 2005).

A faixa etária em que a esclerose múltipla é diagnosticada influencia fortemente o processo de adaptação, uma vez que ocorre num período do desenvolvimento pessoal marcado por elevados níveis de produtividade profissional, pessoal e social (Asiret et al., 2011; Colinet, 2013). No entanto, e independentemente da faixa etária na qual é realizado o diagnóstico, Burgess (2010) defende que o espectro de sintomas e a inexplicabilidade a estes associada pode dificultar substancialmente o processo de adaptação. Segundo esta autora, o diagnóstico de esclerose múltipla traz simultaneamente consigo sentimentos de luto - pela perda de papéis e planos futuros - e de alívio - pela confirmação e validação dos sintomas experienciados e pela sensação que estes provêm de ser possível “seguir em frente” (p. 158) e lidar com a doença.

O processo de adaptação a esta enfermidade caracteriza-se pela sua progressividade. Colinet (2013) explica que, para lidar com a doença, os indivíduos têm de criar novos caminhos, algo que denominou de “carreiras” (p. 128). Em entrevistas realizadas a indivíduos com esclerose múltipla, a autora notou que o processo de adaptação estava dividido em etapas com um resultado final comum: reestruturação da biografia individual, com aceitação da nova condição de vida, reconhecimento de

limites e controlo do futuro. A duração de cada uma das etapas é variável de indivíduo para indivíduo, podendo demorar meses ou anos até que o sujeito consiga aceitar a sua nova condição de vida (Burgess, 2010). O período intervalar entre o diagnóstico e a aceitação pode ser influenciado por fatores ambientais e psicológicos. No que concerne o primeiro, a capacidade funcional de um indivíduo não se cinge apenas à sua capacidade para realizar tarefas manuais, incluindo, também, relações com a família e outros membros da sociedade (Falvo, 2005). A empregabilidade é também um fator importante no processo de adaptação à doença, tendo sido observado por alguns autores (Benedict et al., 2003) que indivíduos com esclerose múltipla tendem a ter níveis de empregabilidade relativamente mais baixos em comparação com indivíduos de uma amostra saudável, o que prejudica a sua participação na sociedade e, consequentemente, a sua identidade pessoal e social (Bishop, Chan, Chiu, Da Silva Cardoso & O'Neill, 2013).

Os problemas do foro psicológico são mais frequentes em indivíduos com esclerose múltipla do que na população em geral. Embora categorizados como ‘fatores passíveis de tratamento’, os problemas psicológicos são frequentemente sob diagnosticados pela comunidade médica (Christopoulos, Kitsos, Poullos & Voumvourakis, 2013). A depressão e ansiedade são as formas de psicopatologia mais frequentemente observadas na esclerose múltipla (Falvo, 2005), com transtornos somatoformes e episódios psicóticos a serem observados em amostras relativamente mais pequenas e onde a degeneração neurológica já atingiu níveis graves (Sá, 2008). Este autor notou a presença de perturbações psicológicas em 67.5% dos indivíduos de uma amostra de estudo de esclerose múltipla, o que confirma a hipótese formulada de que a maioria dos indivíduos com este diagnóstico médico poderá vir a receber o diagnóstico de uma desordem psiquiátrica não psicótica.

Sequencialmente, serão apresentadas algumas variáveis psicológicas que são identificadas pela literatura como revelantes no processo de adaptação à esclerose múltipla. Como revisto anteriormente, o processo de adaptação a uma enfermidade crónica e imprevisível é caracterizado por uma coletânea de sentimentos (Acquarone et al., 2007), pelo que foi realizada uma compilação de variáveis psicológicas que são reconhecidas como fulcrais no processo de apropriação à nova condição de vida (*i.e.*, sentido de vida, suporte social, alexitimia, depressão e ansiedade), tendo, ainda, sido realizada uma revisão da influência que as mesmas parecem ter na qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico de esclerose múltipla.

1.2 Sentido de Vida

A investigação atual revela que um sentido pessoal preservado ou restaurado pode assumir-se como recurso importante para o indivíduo, facilitando o processo de adaptação à doença e de superação da perda e adotando um papel importante na prevenção da depressão (Sommerhalder, 2010).

Andersen e Jim (2007) apresentam o sentido de vida como sendo um conceito que permite ao indivíduo dar coerência à sua vida pessoal mesmo depois da doença. Na mesma linha de pensamento, alguns autores (Sommerhalder, 2010) elucidam a necessidade do Ser Humano em estar numa busca constante pelo sentido de vida, pelo que não é de admirar que o estudo neste domínio tenha vindo a aumentar na área das ciências sociais. Independentemente de operacionalizações específicas, a investigação científica tem associado o sentido de vida ao bem-estar do indivíduo, identificando o sentido de propósito e de significado como indicadores de maior satisfação com a vida, de emoções mais positivas, de altos níveis de otimismo e de melhor autoestima (Park, Park & Peterson, 2010).

A presença desta variável acresce as possibilidades de superação do evento traumático, permitindo a introdução de um novo fenómeno: crescimento pós-traumático. Chun e Lee (2008), num estudo cujo objetivo era explicar como é que os indivíduos transformavam a experiência traumática em algo positivo e integravam esta informação no *self*, observaram que a maioria dos sujeitos tinham encontrado em si capacidades que desconheciam, expressando um maior apreço pelo dia-a-dia e pelas coisas mais pequenas às quais não era prestada atenção antes da lesão.

Para indivíduos com esclerose múltipla, o momento de diagnóstico e identificação da doença cria uma desintegração de identidade (Colinet, 2013), onde o corpo assume o papel de objeto estranho, cujo controlo fica fora do alcance do sujeito (Lexell, Olsson & Soderberg, 2008). Experiências de perda de papéis, mudanças na natureza de relações e dificuldades financeiras são alguns exemplos de situações vividas por indivíduos com esta doença, o que conduz ao desenvolvimento de sentimentos de obrigação para, por um lado, lidar com estas perdas e, por outro, para reformular os objetivos e trajetos pessoais (Halper, 2007). Colinet (2013) sublinha que para um processo de adaptação positivo é necessário entender o passado, o presente e o futuro como unidades que permitirão ao sujeito entrar num mundo construído por novos objetivos e obrigações. Na mesma linha de pensamento, Baumeister e Vohs (2002) reforçam a ideia de que

ninguém nasce com um sentido de vida definido e que este deve ser aprendido, descoberto e criado, mesmo quando o processo se revela difícil – como no caso de doença crónica. Encontrar um sentido, segundo Sommerhalder (2010), implica conseguir atingir um ponto de equilíbrio “entre perdas e ganhos, dar significado para as atitudes e os eventos quotidianos e ter um propósito na vida” (p. 271).

1.3 Suporte Social

O suporte social é identificado como sendo um fator protetor aquando a presença de uma enfermidade. A literatura revela que, em relação a outras variáveis importantes no processo de adaptação à doença, o suporte social tem uma influência positiva na prevenção de respostas emocionais negativas (*e.g.*, depressão), na preservação do sentido de vida, na capacidade de seguir em frente após lesão, na promoção de uma autoeficácia e autoperceção mais positivas, e na mediação de um crescimento pós-trauma mais positivo e sustentável (Chun et al., 2008).

A esclerose múltipla apresenta não só consequências a nível biológico e funcional do indivíduo, mas também a nível social, expandindo-se o seu impacto ao indivíduo e à sua família (Asiret et al., 2011). A investigação científica tem vindo a reforçar a relação existente entre o suporte social e a qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de esclerose múltipla, sendo que, num estudo recente, Calheiros, Costa e Sá (2011) verificaram que o suporte social é um preditor importante em várias áreas da qualidade de vida destes indivíduos, com o apoio psicológico a ter um efeito preditor mais extenso do que o observado em algumas variáveis demográficas (*e.g.*, idade, estado civil, nível de educação). Também Soares (2002) verificou a importância do suporte social no processo de adaptação à esclerose múltipla, com especial ênfase no domínio da qualidade de vida dos indivíduos. Esta autora observou que, para as várias dimensões abordadas pelo suporte social, existem características sociodemográficas e ambientais (*i.e.*, relacionadas com a doença) que influenciam o processo de adaptação dos indivíduos. Assim, variáveis como ser jovem, estar ativamente envolvido no seu emprego e não ter registo de crises nos últimos anos estariam associadas a valores superiores na escala de perceção de suporte social e, consequentemente, a pontuações superiores na escala de avaliação da qualidade de vida.

As consequências físicas da doença interferem na capacidade do sujeito de representar os vários papéis que tem no seu reportório (Hawkins & McDonnell, 2001) e

de desenvolver a natureza das relações em que se encontra. Asiret e colaboradores (2011), num estudo cujo objetivo era identificar o estado social dos indivíduos após terem recebido o diagnóstico de esclerose múltipla, observaram que aproximadamente 72% da amostra total tinha diminuído a sua atividade social, número semelhante ao observado por outros autores (Amato et al., 2012; Bakheit et al., 2000). Adicionalmente, daquela amostra total, a maioria dos indivíduos experienciava sentimentos de ansiedade, insegurança, desespero, infelicidade e cansaço quando em situações sociais (Asiret et al., 2011). Estes resultados são apoiados pelos observados por outros investigadores (Finlayson, Fong e Peacock, 2006) estando estes sentimentos frequentemente na base de comportamentos de evitamento de situações sociais, ou, como apontado pelos mesmos, na tendência em restringir o contacto social a indivíduos na mesma situação clínica.

Sendo a esclerose múltipla uma doença de causa desconhecida (Guerra, S. 2013), a aceitação dos sintomas por outras pessoas torna-se, em períodos iniciais, difícil (Asiret et al., 2011). Um estudo de Bambara, Haselkorn, Turner e Williams (2011), que pretendia investigar a forma como o suporte social predizia o nível de depressão em veteranos com esclerose múltipla, revelou que a perceção de maior suporte social estava associada a níveis mais baixos de depressão, resultados observados independentemente das características sociodemográficas e variáveis relativas à enfermidade. Adicionalmente, Metz, Patten e Reimer (2000) observaram que a perceção de interações sociais positivas entre indivíduos com esclerose múltipla está associada a menores níveis de depressão.

1.4 Alexitimia

O termo de alexitimia foi introduzido na comunidade científica no início dos anos 70 por Sifneos (Bodini et al., 2008). Este autor, considerado o pioneiro da investigação realizada neste campo, apresentou a alexitimia como sendo um constructo de personalidade caracterizado pela constrição dos processos imaginários e estilos de cognição orientados para o exterior (Sifneos, 1973, cit. in Bodini et al., 2008). Esta definição foi posteriormente reforçada por Ato-García, Martínez-Sánchez e Ortiz-Soria (2003), que identificaram a alexitimia como sendo uma perturbação específica no processamento cognitivo emocional, manifestando-se através de dificuldades na identificação, distinção e verbalização de sentimentos e sensações (Johnsson, Lundh, Olsson & Sundqvist, 2002).

O diagnóstico de esclerose múltipla tem subjacentes a si alterações nos vários níveis de funcionalidade do indivíduo (*e.g.*, nível cognitivo, físico). Embora a presença de défices emocionais seja frequente nesta doença, o estudo do processamento das emoções nestes indivíduos apenas começou a receber maior atenção por parte da investigação nos últimos anos (Berneiser et al., 2009; Donell et al., 2011). No campo afetivo, a investigação aponta a alexitimia como a dificuldade em dar uma resposta emocional consistente com o estímulo negativo apresentado (Donell et al., 2011), e como incapacidade em desempenhar tarefas que envolvam a expressão e/ou descrição de emoções (Adnet et al., 2008). Donell e colaboradores (2011) observaram a presença de alexitimia em 26% da amostra de indivíduos com esclerose múltipla, não tendo, no entanto, observado correlações significativas entre a alexitimia e o reconhecimento facial de emoções. Estes resultados deixam transparecer a relação inexistente entre as variáveis de perturbação emocional que poderão advir da esclerose múltipla, confirmando a visão de vários autores de que a sintomatologia desta doença é variada (Garitte, Gay, Meunier & Vrignaud, 2010). Ainda que, como referenciado anteriormente, a alexitimia não seja uma presença constante em todos os casos de esclerose múltipla, a investigação tem confirmado a presença de maiores níveis de alexitimia em indivíduos com diagnóstico desta enfermidade em relação a um grupo de sujeitos saudáveis. Alguns autores (Adnet et al., 2008; Donell et al., 2011) observaram que indivíduos com esclerose múltipla são significativamente mais alexitímicos do que sujeitos saudáveis, apontando, os últimos, um número maior de erros no reconhecimento de expressões faciais em relação ao grupo de controlo. Embora de forma não-significativa, também Garitte e colaboradores (2010) observaram a prevalência de alexitimia na amostra constituída por sujeitos com esclerose múltipla. Estes dados vão de encontro ao confirmado por Berneiser e colaboradores (2009) relativamente à presença de défices emocionais em indivíduos com este diagnóstico médico.

A investigação científica tem trabalhado no sentido de compreender a relação entre a alexitimia e perturbações de humor. Os resultados até à data encontrados mostram uma associação frequente da alexitimia com estados de humor depressivos e perturbações de ansiedade (Torres, 2005). Um estudo de Garitte e colaboradores (2010), que pretendia identificar os fatores preditores de depressão em indivíduos com esclerose múltipla, revelou a relação existente entre a depressão e a alexitimia. Dwyer e colaboradores (2013) observaram efeitos semelhantes, indicando que a prevalência da

alexitimia em indivíduos com esclerose múltipla é semelhante à prevalência de depressão na mesma amostra. O estudo de Bodini e colaboradores (2008) indicou a relação existente entre índices de depressão e alexitimia, observando a presença de sintomas de humor depressivo em 75% dos pacientes com esclerose múltipla que eram diagnosticados com alexitimia. Estes autores observaram, ainda, uma elevada correlação entre alexitimia e fadiga. De forma geral, a prevalência de alexitimia na amostra de indivíduos com esclerose múltipla era de 13%. Assim, comprova-se que a alexitimia não tem apenas consequências a nível da dificuldade em reconhecer emoções e comunicar sentimentos, mas também tem um papel importantíssimo no desenvolvimento e severidade da depressão (Dwyer et al., 2013).

1.5 Depressão

O desenvolvimento e natureza incertos que caracterizam a esclerose múltipla contribuem para a multitude de problemas que podem surgir a nível prático, financeiro, social e psicológico (Garitte et al., 2010). O impacto desta doença na saúde mental dos indivíduos tem sido alvo de estudos por parte de vários autores, sendo que Charcot, o pioneiro no campo da investigação dos distúrbios afetivos observados na esclerose múltipla (Feinstein, 2000; Kane et al., 2006), identificou a depressão como um dos sintomas psiquiátricos mais importantes que podem advir do diagnóstico desta doença. As observações realizadas por Charcot permitiram abrir as portas para o estudo aprofundado das consequências neuropsiquiátricas que podem advir da esclerose múltipla (Abernethy & Siegert, 2005), sendo que, até à data, a depressão parece afetar 50% dos indivíduos com este diagnóstico médico (Bambara et al., 2010; Feinstein, 2011; Garitte et al., 2010). Embora os números da prevalência da depressão no decurso desta doença sejam claros, esta perturbação do estado de humor continua a ser subdiagnosticada e subtratada (Garitte et al., 2010; Hutchinson & McGuigan, 2006), sendo os sintomas-base frequentemente interpretados erroneamente como sintomas normativos da doença (Catledge et al., 2006).

Embora ainda esteja por confirmar a hipótese de que a natureza dos sintomas depressivos tem a sua base numa consequência neurológica da doença e/ou numa reação psicológica à presença de uma condição médica crónica com curso incerto (Holden & Isaac, 2011), não se pode negar o impacto negativo que esta perturbação de humor tem na qualidade de vida do indivíduo com esclerose múltipla (Bakshi & Janardhan, 2002;

Feinstein, 2002; Metz, Patten, Reimer & Wang, 2000). Vários são os indicadores que, em conjunto com a depressão, parecem afetar o processo de procura de um novo balanço de vida pós-diagnóstico, como a fadiga, a dor e a incapacidade.

A fadiga e a dor são dois sintomas chave da perturbação de humor depressivo major (Arnett, Barwick & Beeney, 2008; Capello, Krueger, Mancardi, Pardini & Uccelli, 2013). Alguns autores (Capello et al., 2013) identificam a fadiga como sendo uma variável incapacitante na esclerose múltipla, podendo ocorrer espontaneamente ou por seguimento da atividade física e/ou mental do indivíduo. Embora autores como Bakshi e colaboradores (2002) afirmem que a depressão e a fadiga são preditores independentes da qualidade de vida do indivíduo com esclerose múltipla, outros autores (Bramham et al., 2013) defendem que o tratamento da depressão em indivíduos com este diagnóstico pode produzir resultados positivos nos autorrelatos dos indivíduos.

1.6 Ansiedade

O diagnóstico médico de esclerose múltipla faz-se muitas vezes acompanhar por perturbações no foro emocional e psicológico (Beal, Brown & Stuifbergen, 2007). Variáveis como depressão e fadiga têm, nos últimos anos, sido reconhecidas pela comunidade científica como variáveis que influenciam em grande escala a qualidade de vida dos indivíduos com esta doença desmielinizante. Se por um lado a ansiedade é reportada como um sintoma incapacidade que afeta 37% dos casos de esclerose múltipla (Berres et al., 2008), por outro a sua relação com esta doença não se mostra clara para muitos investigadores (Feinstein & Korostil, 2007).

Embora sob diagnosticada pela comunidade médica, a ansiedade enquadra-se no espectro de perturbações de humor que se podem vir a desenvolver com a evolução da doença (de Boer et al., 2003). Estudos recentes apontam a presença de sintomas ansiogénicos clinicamente significativos em 34% dos pacientes com esclerose múltipla (Bungener & Montel, 2007). Num estudo recente realizado por investigadores noruegueses (Aarseth et al., 2008), a ansiedade foi observada em 19,3% da amostra com esclerose múltipla, números ainda assim inferiores aos observados por estes autores numa amostra de indivíduos com diagnóstico médico de doença de Parkinson. No ano anterior, níveis semelhantes tinham sido observados numa amostra canadiana, com 20.7% da amostra a auto reportar altos níveis de ansiedade (Feinstein & Korostil, 2007). Em maior escala, uma investigação holandesa observou a presença de níveis elevados

de ansiedade em 34% da amostra que recebera o diagnóstico de EM há oito meses (Buljevac et al., 2006). Num *follow-up* realizado dois anos depois, os mesmos investigadores denotaram que 69% da amostra que tinha indicado níveis elevados de ansiedade continuava, no momento presente, com pontuações elevadas na escala de avaliação desta perturbação.

Qualquer condição médica provoca sentimentos de ansiedade nos indivíduos, não se observando uma exceção no caso da esclerose múltipla. A ansiedade provocada por esta doença crónica e imprevisível cria sentimentos de preocupação em relação ao estado de saúde do indivíduo que recebeu este diagnóstico (Hadjistavropoulos & Kehler, 2009). Recentemente, Amato e colaboradores (2014) observaram que indivíduos com ansiedade exibem simultaneamente níveis elevados de depressão e fadiga, verificando níveis mais significativos no caso de ansiedade-estado do que ansiedade-traço. Estes resultados vieram confirmar o observado por alguns investigadores (Garfield & Lincoln, 2012), tendo estes apontado uma prevalência de 57% da ansiedade (estado e traço) numa amostra considerável de indivíduos com diagnóstico de esclerose múltipla.

1.7 Qualidade de Vida

Independentemente das diferenças culturais, sociais e pessoais observadas entre os indivíduos, um desejo mantém-se constante para a investigação: o de viver uma vida prazerosa (Eminovic, Kljajic, Nedovic, Trgovcevic & Urosevic, 2012). Este desejo, juntamente com a busca de felicidade e realização, constitui uma das bases principais da qualidade de vida dos indivíduos (Eminovic et al., 2012).

A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida é considerada genericamente pela comunidade científica, que aponta as dimensões física, social, psicológica, emocional e espiritual como sendo elementos essenciais na compreensão da avaliação subjetiva realizada pelo indivíduo face à sua posição no contexto cultural e à sua relação com objetivos e expectativas pessoais (OMS, 1995). Em 2009, alguns autores (Bilgen, Chou, Desouki, Sayed & Tatar, 2009) observaram a influência dos domínios comportamental e cognitivo no bem-estar físico e psicológico do indivíduo, confirmando a necessidade de retificar a noção de qualidade de vida até aí apresentada, englobando estes constructos no grupo de fatores preditores da qualidade de vida e bem-estar de cada sujeito.

O diagnóstico de uma doença afeta inevitavelmente a condição física e psicológica do indivíduo (Theofilou, 2013), o que conduz a uma alteração na avaliação que o sujeito realiza do seu nível de satisfação com a vida (Auquier et al., 2013). O grau de impacto da esclerose múltipla na vida do indivíduo é frequentemente destacado pelo surgimento da doença numa fase de vida considerada produtiva para o Ser Humano. A interferência desta enfermidade no quotidiano do indivíduo estende-se a vários domínios: atividades diárias, relacionamentos sociais, vida profissional, perturbações emocionais e redução da qualidade de vida. (Johnston, LaRocca, Schiaffino & Shawary, 2002).

As variáveis relacionadas com o diagnóstico de esclerose múltipla têm uma influência bastante elevada na qualidade de vida do indivíduo. Alguns autores (Aghababian et al., 2011) observaram que a progressão da doença e o grau de incapacidade física estavam associados a níveis reduzidos de qualidade de vida percebida pelos indivíduos. Também a duração da doença aparece associada a esta variável, observando-se, no entanto, resultados contraditórios relativamente ao efeito que o fator tempo tem no processo de adaptação. Asenbaum e colaboradores (2004) observaram que períodos mais longos estavam negativamente associados com melhores níveis de bem-estar físico e emocional, níveis de independência e autonomia e funcionamento ocupacional e interpessoal. Contrariamente, Theofilou (2013) encontrou que uma presença igual ou superior a quatro anos de esclerose múltipla estaria interligada a pontuações elevadas em todos os domínios da escala *WHOQOL-Bref* e a níveis reduzidos de ansiedade, insónia, disfunção social e depressão severa. Campbell, Peters, Sharp e Somerset (2003) atribuem à variável autonomia um importante papel de preditor da qualidade de vida de cada indivíduo que sofre de esclerose múltipla, observando que a perceção individual de controlo, independência e autoeficácia está associada a pontuações mínimas na depressão e níveis elevados de funcionamento social.

Embora a parte física da doença seja um foco importante de atenção, é de mutual concordância entre a comunidade médica e científica que o domínio físico da esclerose múltipla não engloba todos os aspetos considerados importantes pelos indivíduos com esta enfermidade (Auquier et al., 2013). Embora a comunidade médica ainda demonstre alguma negligência no reconhecimento dos problemas emocionais como importante fator preditor da qualidade de vida da esclerose múltipla (Dennev, Kroencke & Lynch, 2001), a investigação atual tem vindo a realçar a importância do domínio psicológico

para uma boa adaptação à doença crónica (Ford, Jones, Middleton, Noble & Osborne, 2012). Numa investigação recente, El Bejjani e colaboradores (2013) verificaram que na base de pontuações elevadas na escala de qualidade de vida estavam não só características ambientais (*i.e.*, nível de fadiga), como também fatores psicológicos (*e.g.*, baixos níveis de depressão e uma boa perceção de suporte social) e religiosos. Na mesma linha de pensamento, outras investigações (Baudo et al., 2006; Theofilou, 2013) comprovaram que a presença de perturbações emocionais (*e.g.*, depressão e ansiedade) explicava as baixas pontuações encontradas em escalas de avaliação subjetiva da qualidade de vida destes indivíduos. A depressão, considerada como o fator preditivo mais significativo da qualidade de vida, conduzia a limitações ao nível da motivação, interesse e concordância, podendo mesmo distorcer a visão dos indivíduos do Mundo ao seu redor e do seu estado de saúde (Baudo et al., 2006). Theofilou (2013) observou a influência de fatores sociodemográficos, como género, educação, idade e estado civil no processo de adaptação à doença e na qualidade de vida percecionada pelos indivíduos. Segundo este autor, indivíduos do género feminino, com uma educação superior, mais velhos e/ou casados fazem parte da amostra que revela pontuações mais elevadas na avaliação da qualidade de vida, o que leva a crer que estes fatores poderão funcionar como protetores/resilientes face a ameaças à integridade dos indivíduos.

2. Introdução ao estudo empírico

2.1 Pertinência do estudo

A esclerose múltipla é uma lesão do SNC que ataca o revestimento das fibras nervosas (*i.e.*, mielina), podendo danificar de forma parcial ou total a condução de mensagens ao longo destas (Ruto, 2013). Sendo uma condição neurológica, crónica e degenerativa, que pode conduzir a altos níveis de incapacidade, a esclerose múltipla foi, em 1999, considerada uma doença rara, mas com grande relevância, não só pelo facto de poder resultar em grave deficiência para o indivíduo, mas também por concentrar o maior número de lesionados na faixa etária dos 20-40 anos (Colinet, 2013). Existindo quatro tipos clínicos de esclerose múltipla, no ano de 2012 foram diagnosticados mais de 6.500 casos em Portugal (Sá, 2012).

O estudo aqui apresentado pretende analisar a influência de um conjunto de variáveis psicológicas (*i.e.*, sentido de vida, suporte social, alexitimia, depressão, ansiedade e qualidade de vida) no processo de adaptação à esclerose múltipla. A incapacidade que, de um momento para o outro, se instala na vida do indivíduo implica mudanças ao nível da sua qualidade de vida. Até há última década, acreditava-se que um acontecimento trágico trazia apenas consequências negativas para a vida do sujeito. No entanto, e com o desenvolvimento de novas áreas da Psicologia (*e.g.*, Psicologia Positiva), muitos foram os domínios de saúde que começaram a demonstrar interesse no bem-estar do indivíduo lesionado, focando a sua atenção em mudanças positivas que podem resultar de um crescimento pós-traumático (Algoe & Stanton, 2012). Com isto em mente, pretende-se que esta investigação contribua para a compreensão das mudanças observadas em indivíduos vítimas desta doença degenerativa, assim como para uma melhor visão da evolução do comportamento destes sujeitos em diferentes momentos da doença.

Focando-nos sobre as variáveis escolhidas para guiarem este estudo, considera-se pertinente explorar a forma como o sentido de vida adotado pelos indivíduos afeta a sua adaptação à doença. Estudos na área da saúde revelam que um sentido de vida preservado ou restaurado poderá facilitar não só o processo de adaptação e de superação de perdas, como também auxiliar na definição de novos objetivos de vida (Sommerhalder, 2010). A escassez de estudos existentes no campo do sentido de vida em indivíduos com esclerose múltipla revela a importância de apostar em investigações

que incidam nesta patologia. O suporte social, à semelhança do sentido de vida, assume um importante papel no processo de adaptação à esclerose múltipla. O estudo deste fator permite não só compreender a importância atribuída por estes sujeitos ao apoio de pessoas próximas durante o processo de aceitação e adaptação à doença, como também perceber a visão do indivíduo face à estigmatização da sua doença. O estudo de fatores como a alexitimia, depressão e ansiedade permitem compreender o peso que variáveis negativas podem ter no processo de adaptação à doença, variáveis estas que influenciam fortemente o bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo que recebeu este diagnóstico médico. O estudo da qualidade de vida - variável resultado desta investigação - permite perceber o processo global de adaptação do indivíduo à doença e as consequências que esclerose múltipla pode trazer à vida, objetivos e planos futuros de uma pessoa.

2.2 Objetivos

- a) Caracterizar variáveis psicológicas como o sentido de vida, suporte social, alexitimia, depressão, ansiedade e qualidade de vida nos indivíduos com esclerose múltipla;
- b) Estabelecer uma relação de comparação entre os resultados observados neste estudo e os encontrados noutras investigações com amostras clínicas e não clínicas;
- c) Analisar a relação entre as variáveis de estudo dependentes (*Sentido de Vida, Suporte Social, Alexitimia, Depressão e Ansiedade*);
- d) Analisar a relação entre as variáveis de estudo dependentes (*Sentido de Vida, Suporte Social, Alexitimia, Depressão e Ansiedade*) e a variável resultado (*Qualidade de Vida*);
- e) Estabelecer uma relação entre dados sociodemográficos e clínicos (*i.e.*, idade, grau de escolaridade e tempo de lesão) e a qualidade de vida;
- f) Avaliar quais os melhores preditores para uma boa qualidade de vida nos indivíduos com esclerose múltipla.

2.3 Variáveis em estudo

2.3.1 Variáveis independentes: dados sociodemográficos e clínicos, *Sentido de Vida, Suporte Social, Alexitimia, Depressão, Ansiedade* e nível de *Funcionalidade*.

2.3.2 Variável dependente: *Qualidade de Vida*.

3. Método

3.1. Participantes

A investigação aqui apresentada resulta de um processo de amostragem por conveniência numa sociedade creditada com sede na cidade do Porto (*SPEM*). A recolha de dados contou com a participação de 30 indivíduos com diagnóstico médico de esclerose múltipla, com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos. Após ter sido realizada uma revisão bibliográfica extensiva, foram definidos alguns critérios de inclusão que tiveram em conta a epidemiologia e etiologia da lesão. Uma vez que o período intercalar entre o surgimento dos primeiros sintomas da doença e a confirmação médica pode ser muito longo, o tempo de lesão foi determinado a partir de um diagnóstico definitivo de esclerose médica certificado por uma equipa médica. No campo cognitivo, não foram necessários estabelecer pontos de validação por conhecimento prévio de que todos os indivíduos se encontravam aptos a responder aos questionários.

3.1.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

3.1.1.1 Idade

A distribuição da amostra pelo fator idade encontra-se apresentada no Quadro 1.

Quadro 1. *Caracterização da amostra por idade*

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	30	24	74	48.17	12.70

3.1.1.2 Género

A caracterização da amostra por género encontra-se representada no Quadro 2.

Quadro 2. *Caracterização da amostra por género*

	Frequência	Percentagem (%)
Masculino	13	43.3
Feminino	17	56.7
Total	30	100

3.1.1.3 Estado Civil

A distribuição da amostra por estado civil está apresentada no Quadro 3.

Quadro 3. *Caracterização da amostra por estado civil*

	Frequência	Percentagem (%)
Solteiro(a)	7	23.3
Casado(a)	13	43.3
Divorciado(a)	6	20.0
Viúvo(a)	3	10.0
União de Facto	1	3.3
Total	30	100

3.1.1.4 Grau de Escolaridade

A análise descritiva relativa à frequência escolar (em anos) dos 30 indivíduos abordados indica uma variância de 2 a 17 anos de escolaridade, com uma média de 10.23 anos ($DP = 4.11$).

3.1.1.5 Profissão

Relativamente à atividade profissional dos indivíduos desta amostra, observou-se uma resposta de 30% para a opção ‘Reformado’, 10% para o ‘Desemprego’. Da amostra final, 6.7% dos indivíduos não respondeu à questão. A restante amostra afirmou continuar a exercer a sua atividade laboral.

3.1.1.6 Tempo de Lesão

Os dados recolhidos relativamente ao tempo de lesão indicam que o período de tempo desde que o indivíduo recebeu o diagnóstico médico de esclerose múltipla até à data de recolha varia entre 1 e 30 anos, sendo a média da amostra total 12.18 anos ($DP = 8.38$).

3.1.1.7 Subtipo de Lesão

Quando convidados a indicar o subtipo de esclerose múltipla diagnosticada, 10% admitiu não ter conhecimento do subtipo que padece. Para as restantes opções de lesão apresentadas, observou-se um ‘empate’, com a EM Recidivante Remitente/Surto

Remissão e a EM Secundária Progressiva a obterem uma resposta de 36.7% cada. Os restantes 16.7% da amostra final dizem respeito ao diagnóstico de EM Primária Progressiva. Não se observam casos de EM Primária Recidivante.

3.1.1.8 Tratamento(s) a realizar/realizados

No que diz respeito aos tratamentos que a amostra realizou e/ou se encontra a realizar, observou-se uma resposta de 46.7% para a opção de tratamento injetável. Da amostra final, 26.7% dos indivíduos lesados afirma ter feito/estar a fazer medicação oral e 10% indicou ter no reportório de terapêuticas as duas opções de resposta. Observou-se ainda que 16.7% não sabe/não respondeu qual o tipo de tratamento que tinha realizado e/ou que se encontrava a fazer.

3.2 Instrumentos

3.2.1 Sentido de Vida

Para a investigação da variável *Sentido de Vida*, recorreu-se a uma escala unidimensional do sentido de vida composta por sete itens e desenvolvida e avaliada psicometricamente por uma análise fatorial confirmatória (Guerra, Lencastre, Silva & Teixeira, 2014). As respostas são tipo *Likert* com cinco opções de resposta que variam entre 1 (“Concordo Muito”) e 5 (“Discordo Muito”). A cotação total é obtida através da soma da pontuação atribuída a cada um dos itens, variando entre 7 e 35. Quanto maior for o resultado final, maior é o sentido de vida do sujeito, invertendo-se a pontuação de alguns itens (1, 3, 4 e 7). A avaliação psicométrica do *alfa* foi de Cronbach de .76 para uma amostra conjunta de 200 homens e mulheres com cancro colorectal sendo, portanto, satisfatória a sua aplicabilidade da escala à amostra pretendida.

3.2.2 Suporte Social

Para avaliar o efeito da variável *Suporte Social* no processo de adaptação à esclerose múltipla foi utilizada a *Escala de Avaliação do Suporte Social* (Guerra, M., 1995). Sendo uma adaptação portuguesa da *Instrumental-Expressive Social-Support Scale* (Lin, Dean & Ensel, 1981, cit. in Guerra, M., 1995), esta escala tem como principal objetivo avaliar o grau de suporte social experienciado pelos indivíduos nos últimos seis meses. Segundo Guerra, M., (1995), os itens que constituem a versão final deste instrumento - que inclui 20 itens de autorresposta - estão organizados em cinco

dimensões de suporte social: suporte sócio afetivo, controlo exercido pelos outros sobre si próprio, suporte financeiro, suporte familiar e suporte amoroso. A possibilidade de resposta a escala varia entre 1 (“Sempre ou quase sempre”) e 5 (“Nunca”), sendo a pontuação final obtida através da soma dos valores obtidos em cada item. Assim, quanto maior for a pontuação, mais adequado será o suporte social do indivíduo.

No campo da avaliação psicométrica, a variância acumulada da escala revela-se satisfatória (62.1%), observando-se também valores satisfatórios no que diz respeito à consistência interna (*alfa* de Cronbach de .83), validade fatorial e validade de item (Guerra, M., 1995).

3.2.3 Alexitimia

Para avaliação da presença de défices cognitivos e afetivos foi utilizada a *Escala de Alexitimia de Toronto-20 itens (TAS-20)* de Bagby, Parker e Taylor (1985; 1992; 1994, cit. in Prazeres, Parker & Taylor, 2000; Torres, 2005). Esta escala é, na sua totalidade, composta por 20 itens, estando estes distribuídos em três dimensões/fatores: dificuldade em identificar e distinguir sentimentos (Fator 1), dificuldade em descrever sentimentos (Fator 2) e estilos de pensamentos orientados para o exterior (Fator 3). As respostas a este instrumento são avaliadas numa escala de cinco posições, que se situam entre “Concordo Totalmente” a “Discordo Totalmente”. No domínio referente à cotação, cinco dos vinte itens desta escala (*i.e.*, item número 4, 5, 10, 18 e 19) são cotados de forma inversa, ao ponto que os restantes itens são comuns à versão original desta escala. No que diz respeito aos pontos de corte definidos para este instrumento, Taylor et al. (1997, cit. in Torres, 2005) definiram que pontuações iguais ou superiores a 61 revelam a presença de alexitimia no sujeito, enquanto pontuações iguais ou inferiores a 51 corroboram a ausência desta perturbação. Pontuações que se situem no intervalo 52-60 são classificadas como pertencendo à zona fronteira. A avaliação psicométrica realizada a este instrumento revelou valores superiores aos observados em escalas cujo objetivo é, à semelhança da TAS-20, avaliar a alexitimia (Torres, 2005). Prazeres, Parker e Taylor (2000) observaram que a tradução portuguesa do instrumento possui uma estrutura fatorial semelhante à observada na versão inglesa do mesmo e, por consequente, favorável à aplicabilidade à amostra do estudo (*alfa* de Cronbach de .81).

3.2.4 Depressão e Ansiedade

A avaliação do humor depressivo e ansioso em indivíduos com esclerose múltipla foi feita com recurso à *Escala de Ansiedade e Depressão Hospital (HADS)*. Esta escala, cuja versão original foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983, cit. in Ribeiro et al., 2007), teve como autores da versão de adaptação Ribeiro e colaboradores (2007). O objetivo traçado para este instrumento é o de observar os componentes emocionais que aparecem associados à doença física e aos quais não é prestada atenção na altura do diagnóstico médico primário. Esta escala encontra-se dividida em duas subescalas - *Ansiedade e Depressão* -, cada uma delas constituída por sete itens. As respostas são avaliadas numa escala de 0 a 3, onde o valor mais baixo corresponde a uma descrição mais positiva do seu dia, observando-se o fenómeno inverso em relação ao valor mais alto. O resultado final pode variar entre 0 e 21, considerando-se um valor igual ou superior a 7 indicador de depressão e/ou ansiedade. Segundo os autores responsáveis pela adaptação da escala à população portuguesa, um resultado igual ou superior a 11 valores é considerado um ponto de corte indicador de um estado depressivo (Ribeiro et al., 2007). A análise psicométrica da escala revela uma boa consistência interna (*alfa* de Cronbach de .81), confirmando a aplicabilidade da escala à amostra de indivíduos portugueses.

3.2.5 Qualidade de Vida

A investigação do nível de qualidade de vida nos indivíduos com esclerose múltipla foi realizada com recurso à versão portuguesa do *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref)* de Serra e colaboradores (2006). O instrumento, organizado em quatro domínios – físico, psicológico, social e ambiente -, é constituído por 26 questões, estando duas relacionadas com a perceção de saúde e qualidade de vida do indivíduo. As restantes 24 perguntas, avaliadas com apenas uma questão cada, dizem respeito às vinte e quatro facetas pertencentes ao instrumento original desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde. Serra e colaboradores (2006) caracterizam o instrumento como mantendo a “essência subjetiva e multidimensional do conceito de qualidade de vida” (p. 42). As questões que compõem o instrumento foram construídas segundo uma escala *Likert* de cinco pontos, escala esta que corresponde às quatro dimensões de avaliação da qualidade de vida – intensidade, capacidade, frequência e avaliação.

A análise psicométrica realizada com a amostra portuguesa revelou valores aceitáveis e satisfatórios. Na avaliação da consistência interna, por exemplo, foram observados valores do α de Cronbach de .64 – domínio social – e .87 – domínio físico. Parece, ainda, importante referir que os domínios da versão portuguesa do *WHOQOL-Bref* apresentam correlações elevadas com os obtidos do *WHOQOL-Bref* (WHOQOL Group, 1998, cit. in Serra et al., 2006) e também com a versão mais longa do mesmo instrumento (Serra et al., 2006).

3. 3 Procedimento

Previamente ao início da recolha de dados, foi formulado um projeto de introdução à investigação que se pretendia realizar, com título provisório de “Variáveis positivas na adaptação à Esclerose Múltipla”. Após a análise por parte de um júri, este projeto recebeu a aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (cf. Anexo 1) e da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla.

Recebidos os pareceres das Comissões, foram agendados os dias em que seriam recolhidos os dados, sendo as marcações sensíveis à disponibilidade e motivação dos indivíduos. Antes de qualquer recolha, foi explicado ao participante o tema em estudo e os seus objetivos, garantindo a confidencialidade e anonimato de quaisquer dados que fossem fornecidos. Recebido o consentimento verbal do participante, foi pedida a assinatura do documento de Consentimento Informado (cf. Anexo 2) onde o indivíduo via reforçadas as noções de anonimato e confidencialidade, assim como o tempo de duração do preenchimento dos questionários e a possibilidade de negar a resposta a qualquer questão que lhe suscitasse sentimentos de desconforto. No que concerne o preenchimento dos questionários, foi dada a oportunidade de preenchimento individual ou com recurso a ajuda de terceiros. A recolha de dados foi realizada durante o 2º semestre letivo (2014).

No que diz respeito ao tratamento dos dados recolhidos foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences - Version 19 (SPSS v.19)*. Com recurso a este programa foram realizadas as análises necessárias para dar resposta aos objetivos traçados inicialmente (*i.e.*, análises estatísticas, testes *t-Student*, testes *ANOVA*, testes de correlação e testes de regressão múltipla). Note-se que para cada análise foram tidas em consideração as pontuações totais de cada escala e/ou subescala utilizadas. Foram

realizadas análises preliminares para assegurar o respeito dos pressupostos inerentes a cada teste, pelo que os resultados de seguida apresentados são válidos para a amostra em questão. Dado o número de indivíduos que compunham a amostra final, os testes de regressão múltipla realizados incluem apenas duas variáveis.

4. Resultados e discussão

Tendo como base os objetivos enumerados no ponto anterior, o presente segmento terá como principal fim a apresentação dos principais resultados e as suas respetivas leituras, as quais serão integradas na revisão da literatura realizada. A associação entre os resultados encontrados na presente investigação e os referidos por outros estudos científicos permitirá o estabelecimento de comparações entre a presente amostra e outras populações, clínicas ou não clínicas. A secção iniciar-se-á com a citação dos dados encontrados numa fase de análise descritiva das variáveis estudadas (*i.e.*, *Sentido de Vida*, *Suporte Social*, *Alexitimia*, *Depressão*, *Ansiedade* e *Qualidade de Vida*), as quais serão apresentadas tendo em conta a sua relação com as características sociodemográficas e clínicas (teste ANOVA). Para três variáveis (*i.e.*, *Alexitimia*, *Depressão* e *Ansiedade*), será realizada uma comparação entre as pontuações obtidas e os respetivos pontos de corte estipulados pelos autores originais do instrumento. Esta análise permitirá situar a subamostra da população portuguesa com diagnóstico de esclerose múltipla nos padrões correspondentes a cada uma das variáveis estudadas. Segue-se uma exploração das relações existentes entre as variáveis, com indicação daquelas com maior impacto na predição da qualidade de vida do indivíduo com EM.

4.1 Análise descritiva das variáveis

Quadro 4. *Distribuição de frequências das escalas Sentido de Vida, Suporte Social, Alexitimia, Depressão, Ansiedade e sub-variável Funcionalidade*

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Sentido de Vida	30	17	35	25.37	4.97
Suporte Social	28	55	96	75.21	10.97
Alexitimia	30	34	106	55.57	15.04
Depressão	30	1	12	6.27	3.01
Ansiedade	30	1	17	7.33	4.35
Funcionalidade	30	10	105	77.33	29.38

O quadro acima (Quadro 4) representa a distribuição por frequência das cinco escalas estudadas, assim como da subescala avaliada, a *Funcionalidade*. Cada uma das variáveis é acompanhada por um valor mínimo e um valor máximo que representam as

pontuações mínimas e máximas obtidas pela totalidade da amostra. É, ainda, apresentada a média da amostra total, assim como valor de desvio padrão.

4.1.1 Sentido de Vida

De acordo com o apresentado no Quadro 4, a pontuação da escala *Sentido de Vida*, comparativamente a outras doenças já estudadas com o mesmo instrumento, apresenta valores relativamente inferiores. No que se refere ao cancro, por exemplo, Guerra e colaboradores (2014) observaram que em três tipos diferentes de cancro (*i.e.*, colorectal, mama e prostático) as médias foram respetivamente 27.67 ($DP = 3,88$), 28.09 ($DP = 4.44$) e 28,71 ($DP = 4.12$). Estes dados fazem levantar a hipótese de que as alterações neurocognitivas mais comuns na esclerose múltipla podem contribuir para os valores mais baixos obtidos. Contudo os resultados observados levam a crer que a amostra do estudo efetuou, na sua globalidade, uma avaliação positiva do sentido de vida, o que vai de encontro ao observado por outros investigadores (Calheiros et al., 2011). Embora neste estudo não tenham sido tidas em consideração todas as variáveis passíveis de influenciar o processo de adaptação e aceitação da nova condição de vida (*e.g.*, tipo de personalidade, estratégias de *coping* geralmente adotadas em situações de crise), acredita-se que, na sua globalidade, a amostra deste estudo se encontra num processo de adaptação normativo.

4.1.2 Suporte Social

O valor obtido neste estudo (cf. Quadro 4) é superior ao encontrado por outros investigadores portugueses em amostras constituídas por indivíduos seropositivos ($M = 62.5$) (Guerra, M., 1995) ou em populações saudáveis ($M = 69.4$) (Guerra, M., 1995). No campo da esclerose múltipla, os resultados encontrados neste estudo são também superiores aos observados por Soares (2005) numa amostra portuguesa ($M = 62.48, DP = 12.33$). A avaliação positiva observada no presente estudo vem confirmar o apontado por Calheiros e colaboradores (2011) de que indivíduos com este diagnóstico médico tendem a revelar bons níveis de suporte social independentemente do domínio (*e.g.*, instrumental, emocional) sendo esta uma variável importante no processo de adaptação a uma doença. O fato da amostra ter sido recolhida numa associação (*SPEM*) também pode influenciar uma perceção maior de suporte social.

4.1.3 Alexitimia

De acordo com o apresentado no Quadro 4, e utilizando os pontos de corte definidos por Taylor e colaboradores (1977, cit. in Torres, 2005) para identificação dos indivíduos como alexitímicos ou não alexitímicos permite situar a amostra deste estudo na zona fronteira desta categorização. Análises percentuais estimam que 30% da amostra deste estudo se encontra na faixa fronteira desta perturbação emocional, enquanto 36.5% da amostra final pontuou valores iguais ou superiores aos definidos por Taylor e colaboradores como indicadores da presença da perturbação de alexitimia. A comparação da média obtida neste estudo é inferior àquela obtida por Torres (2005) para uma população com anorexia restritiva ($M = 67.32, DP = 8.78$) e com anorexia bulímica ($M = 65.16, DP = 12.05$); contudo superior ao observado numa população saudável ($M = 46.80, DP = 11.79$). Estudos noutros países apontam a prevalência de alexitimia em doentes com esclerose múltipla entre os 40-50% (Adnet et al., 2008) e cerca de 13,8% (Bodini et al., 2008). Estas diferenças podem dever-se às adaptações da TAS e aos respetivos pontos de corte culturalmente determinados, bem como a outras situações específicas dos doentes não comparáveis. Em suma, no que concerne a perturbação de alexitimia, a amostra do presente estudo não parece distanciar-se do observado por outros investigadores com populações de igual natureza referindo sempre uma prevalência superior em populações clínicas comparativamente a saudáveis.

4.1.4 Depressão e Ansiedade

No que diz respeito à subescala *Depressão* (cf. Quadro 4), a amostra deste estudo situa-se abaixo do requisitado para o indicador de depressão. Quanto à subescala de *Ansiedade* (cf. Quadro 4), a pontuação observada reflete a presença de ansiedade no grupo de indivíduos com esclerose múltipla, estando, no entanto, aquém do necessário para ser considerada perturbação de ansiedade (Ribeiro et al., 2007). A presença de distúrbios emocionais tem vindo a ser enfatizada na literatura (Aarseth et al., 2008; Beal et al., 2007), com o constructo a manter-se o mesmo para todos os investigadores: a depressão parece ser a comorbilidade mais comum em indivíduos com esclerose múltipla (Arnett et al., 2008). No presente estudo, os números percentuais observados na subescala de *Depressão* (i.e., 39.9% pontuou valores iguais ou superiores a 7) colocam a amostra num patamar inferior ao observado na investigação científica, que aponta uma prevalência de depressão em 50% dos indivíduos de amostras de esclerose múltipla (Abernethy et al., 2005; Chen, Fan, Hu, Li & Yang, 2013). Contudo, o fato de

os pacientes integrarem uma instituição vocacionada para o apoio desta doença faz com que, provavelmente, recolham benefícios, sendo estes expressos numa diminuição de depressão.

Embora ainda com pouco reconhecimento por parte da comunidade científica, o papel da ansiedade no bem-estar psicológico dos indivíduos com esclerose múltipla tem vindo a aumentar nos últimos anos. No presente estudo, os resultados apontam para uma prevalência da ansiedade em 56,7% dos indivíduos que constituem a amostra, o que se observa estar ao nível do que foi observado por outros investigadores na área da esclerose múltipla (Bonin et al., 2014; Dahl, Lydersen, Midgard & Stordal, 2009).

4.1.5 Funcionalidade

Embora a esclerose múltipla seja a principal explicação para limitações funcionais (Forbes, Griffiths, Mathes & While, 2006), no que diz respeito a esta escala, o grupo de indivíduos que constituem a amostra total apresentam um nível de funcionalidade elevado revelando relativa autonomia, com 23.3% a pontuar o valor máximo, indicando a inexistência de limitações físicas graves ou impeditivas que impliquem dependência de terceiros.

4.1.6 Qualidade de Vida

Sendo a *Qualidade de Vida* a variável resultado desta investigação, foram tidos em conta na análise final todos os domínios abrangidos por esta escala (*WHOQOL-Bref*). Apresentam-se, de seguida, os valores obtidos para cada um dos domínios da escala, com as respetivas médias e pontuações mínimas e máximas.

Quadro 5. Distribuição de frequências das dimensões e componentes da *WHOQOL-Bref*

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Domínio Geral	30	0.00	87.50	51.67	17.90
Domínio Físico	30	21.43	78.57	55.12	15.63
Domínio Psicológico	29	4.17	87.50	60.20	19.47
Domínio das Relações Sociais	30	0.00	83.33	60.00	18.88
Domínio Ambiental	29	34.38	87.50	60.67	13.58

Tendo em consideração a variância de pontuações possíveis na escala de *Qualidade de Vida* (i.e., 0 a 130 pontos), a amostra de indivíduos do presente estudo

situa-se na posição intermédia da escala. Embora as pontuações dos domínios avaliados pela *WHOQOL-Bref* se tenham revelado muito próximas, salientam-se os domínios *Ambiental*, *Psicológico* e *Social* como aqueles que pontuaram valores mais elevados. Curiosamente, Theofilou (2013) encontrou resultados semelhantes na sua investigação, com pacientes mais velhos a terem melhores pontuações nestes três domínios da qualidade de vida.

Os valores observados no Quadro 5 para os domínios *Psicológico*, *Social* e *Ambiental* são superiores aos observados em Reis (2012), mas inferiores aos encontrados na *Qualidade de Vida Geral* e na *Dimensão Física* comparativamente à mesma população seropositiva ao vírus da Sida. No que reporta à população geral, Serra e colaboradores (2006) observaram que as médias observadas na amostra do presente estudo são inferiores às observadas por estes autores.

As baixas pontuações no *Domínio Geral* e *Físico* da *Qualidade de Vida* são melhor compreendidas se for tida em consideração a incapacidade física e as limitações que acompanham o diagnóstico de esclerose múltipla. Dajić e Tadić (2013) defendem que, mais do que os problemas observados a nível da saúde mental, é a incapacidade física que mais significativamente contribui para valores reduzidos na avaliação da qualidade de vida. Beard e colaboradores (2002) observaram que indivíduos com diagnóstico de esclerose múltipla tendem a pontuar menos na escala de *Qualidade de Vida* quando em comparação com populações saudáveis. A esta diferença, os autores associaram o desemprego, a fadiga, as limitações funcionais e outros sintomas que possam advir da doença.

4.2 Comparação de médias

4.2.1 Alexitímicos e Não Alexitímicos

Ao contrário das restantes variáveis (excetuando a *Depressão* e a *Ansiedade*) estudadas nesta investigação, a análise da variável *Alexitimia* está sujeita aos pontos de corte originalmente estabelecidos pelo autor do instrumento e validados para a população portuguesa. Assim, com base nestes critérios, as análises realizadas e seguidamente apresentadas tiveram subjacentes o ponto de corte 61.

4.2.1.1 Ponto de corte para o limite de comparação de médias: 61

A análise conduzida para comparar os valores obtidos pelas variáveis *Sentido de Vida*, *Suporte Social*, *Depressão*, *Ansiedade* e *Qualidade de Vida* para alexitímicos e não alexitímicos mostra a inexistência de disparidades significativas na média das pontuações do *Sentido de Vida*, *Depressão* e *Qualidade de Vida*. As restantes variáveis (*i.e.*, *Suporte Social* e *Ansiedade*), apresentam diferenças estatisticamente significativas com o *Suporte Social* a apresentar um tamanho de efeito relativamente superior ($\eta^2 = .012$) ao observado na *Ansiedade* ($\eta^2 = 9.59 \times 10^{-3}$). No que diz respeito à variável do *Suporte Social*, a dificuldade na identificação, distinção e verbalização de sentimentos e sensações poderá ser o obstáculo encontrado pelos indivíduos alexitímicos no estabelecimento e/ou manutenção de relações sociais. As diferenças observadas na variável *Ansiedade* deixam a crer que indivíduos alexitímicos tendem a ter pontuações mais elevadas neste constructo, algo confirmado recentemente por Bonin e colaboradores (2014) num estudo de natureza semelhante.

4.2.2 Características sociodemográficas e clínicas

Numa segunda fase da investigação, o objetivo centrou-se na procura de diferenças entre as variáveis estudadas (*i.e.*, *Sentido de Vida*, *Suporte Social*, *Alexitimia*, *Depressão*, *Ansiedade* e *Qualidade de Vida*) e as características sociodemográficas e clínicas dos participantes em estudo. Dado que a citação de todos os resultados encontrados implicaria uma análise extensa, serão apenas indicados neste segmento aqueles onde se observou significância estatística e aqueles que, embora não tenham revelado significância, irão ajudar a dar resposta aos objetivos formulados no momento de planeamento da investigação.

4.2.2.1 Subtipo de Lesão

Num primeiro momento, procurou-se averiguar a presença de relações significativas entre o subtipo de lesão diagnosticado ao indivíduo e as variáveis supracitadas. Uma análise preliminar (cf. Anexo 3) permitiu denotar a existência de diferenças significativas entre o subtipo de lesão e as variáveis *Funcionalidade* ($p = .012$) e o componente *Físico* da *Qualidade de Vida* ($p = .026$). Assinaladas as variáveis mais significativas, procedeu-se ao estudo dos grupos onde subsistiam estas desigualdades. Para a variável *Funcionalidade*, as diferenças significativas são observadas entre o grupo EM Recidivante Remitente e o grupo EM Secundária

Progressiva ($p = .009$). A esclerose múltipla é uma doença degenerativa com sintomas ao nível do sistema motor e autonómico, passível de causar níveis de incapacidade severos e significativos (Richman et al., 2013). Desta forma, os resultados observados neste estudo vão ao encontro do esperado pela doença em si.

A EM Recidivante Remitente e a EM Secundária Progressiva apresentam, também, diferenças significativas para com a componente *Física* da variável *Qualidade de Vida* ($p = .020$). Comparando as médias nos diferentes grupos, foi possível observar pontuações superiores da EM Recidivante Remitente em relação à variável *Funcionalidade* e pontuações inferiores da EM Secundária Progressiva em comparação com os restantes subtipos de lesão. Estes resultados aparecem na linha do defendido anteriormente em relação ao poder que o subtipo de lesão diagnosticado aos indivíduos com esclerose múltipla tem nas tarefas do dia-a-dia que implicam um determinado nível de esforço físico.

Numa terceira fase procurou-se avaliar o grau de associação entre as variáveis estudadas. Observou-se que para a variável *Funcionalidade* o *effect size* é .31 e para a componente *Física* da variável *Qualidade de Vida* o *effect size* é .26. Tendo como base para análise destes resultados a classificação de Cohen (1988), os valores calculados traduzem um grau de associação forte entre o subtipo de lesão referido e a variável investigada, ou seja, o nível de funcionalidade do indivíduo e a sua avaliação do domínio físico da QV estão fortemente associados ao subtipo de esclerose múltipla diagnosticado.

4.2.2.2 Tempo de Lesão

A presente análise foi conduzida no sentido de denotar a existência de uma ou mais relações significativas entre a variável *Tempo de Lesão* e as variáveis psicológicas estudadas. No entanto, e como se pode comprovar no Quadro 9 (cf. Anexo 4), não existem quaisquer relações de ordem significativa entre a variável clínica Tempo de Lesão e as variáveis psicológicas assinaladas nesta investigação.

A investigação científica realizada em torno desta variável tem revelado resultados interessantes no que diz respeito a outros domínios, como é o caso do suporte social e do sentido de vida. Supõe-se que a avaliação individual em cada uma das escalas tenda a melhorar com a evolução do processo de adaptação (Asiret et al., 2011; Falvo, 2005). Para o presente estudo, é necessário ter em consideração que as escalas

utilizadas tiveram como propósito a avaliação no momento atual, pelo que se torna impossível comprovar a veracidade do observado pela investigação científica.

4.2.2.3 Idade

O processo de averiguação de relações de ordem significativa entre a variável sociodemográfica *Idade* e as variáveis psicológicas investigadas apontou a existência de uma associação significativa entre a variável *Idade* e a componente *Ambiental* da variável *Qualidade de Vida* ($p = .042$). Numa visão mais detalhada, os grupos de idades ‘44 - 53’ e ‘Mais de 54 anos’ diferem significativamente entre si, com o último a pontuar uma média mais elevada. Esta relação de variáveis pode ser caracterizada segundo Cohen como uma associação forte ($\eta^2 = .216$). Assim, indivíduos em faixas etárias mais avançadas tendem a realizar uma avaliação mais positiva do domínio ambiental do que os indivíduos mais jovens ($p = .046$). Uma vez que a esclerose múltipla surge numa fase produtiva da vida do indivíduo (*i.e.*, em jovens adultos), as limitações físicas, cognitivas e psicológicas que acompanham a doença tendem a dificultar o processo de aceitação do diagnóstico por outros indivíduos e entidades (DeLuca et al., 2011).

4.2.2.4 Escolaridade

A análise estatística revela a inexistência de relações significativas entre o nível de escolaridade dos indivíduos e as variáveis psicológicas estudadas (cf. Anexo 5). Nota-se, assim, a baixa influência que o nível de educação dos sujeitos tem no processo de adaptação à esclerose múltipla. Um estudo de Ek, Flensner, Landtblom e Söderhamn (2013) denotou que o nível de educação dos indivíduos com diagnóstico médico de esclerose múltipla pode estar indiretamente associado à qualidade de vida por estes percecionada. Estes autores observaram que um nível de educação mais elevado estava associado a uma maior capacidade de trabalho dos indivíduos, influenciando, conseqüentemente, a avaliação realizada pelos indivíduos aos vários domínios da qualidade de vida.

4.3 Correlações

Nesta fase de investigação, traçou-se como objetivo principal a descrição da força e da direção de uma relação linear entre duas ou mais variáveis. Para cada uma

das análises apresentadas neste segmento foram respeitadas as regras e pressupostos que o teste estatístico acarreta. Serão, seguidamente, apresentados os resultados mais significativos.

4.3.1 Correlação entre variáveis psicológicas

O quadro abaixo apresentado identifica as correlações existentes entre as variáveis estudadas nesta investigação, não estando aqui incluída a *Qualidade de Vida*.

Quadro 6. *Correlações estabelecidas entre o Sentido de Vida, Suporte Social, Alexitimia, Depressão, Ansiedade e Funcionalidade*

		Sentido de Vida	Suporte Social	Alexitimia	Depressão	Ansiedade	Funcionalidade
Sentido de Vida	Pearson	1	,412*	-,324	-,554**	-,141	,007
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)		,030	,081	,002	,456	,971
	N	30	28	30	30	30	30
Suporte Social	Pearson	,412*	1	-,488**	-,333	-,496**	-,067
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,030		,008	,083	,007	,734
	N	28	28	28	28	28	28
Alexitimia	Pearson	-,324	-,488**	1	,225	,446*	,010
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,081	,008		,231	,014	,957
	N	30	28	30	30	30	30
Depressão	Pearson	-,554**	-,333	,225	1	,328	,071
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,002	,083	,231		,077	,710
	N	30	28	30	30	30	30
Ansiedade	Pearson	-,141	-,496**	,446*	,328	1	,216
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,456	,007	,014	,077		,251
	N	30	28	30	30	30	30

Uma vez que a variável *Funcionalidade* não apresentava níveis de correlação com nenhuma das restantes variáveis psicológicas, o segmento a si reservado foi eliminado da apresentação final. A tabela acima apresentada dá indicação de correlações significativas entre o *Sentido de Vida* e a *Depressão*; *Suporte Social* e *Alexitimia*; e *Suporte Social* e *Ansiedade*. A correlação negativa entre o *Sentido de Vida* e a

Depressão vêm enfatizar a influência negativa que a última tem na procura de um propósito de vida e na avaliação da qualidade desta mesma vida (Feinstein, 2002). As duas últimas correlações identificadas podem ser lidas em conjunto se considerarmos que a dificuldade em identificar e reconhecer emoções pode conduzir ao aumento dos níveis de ansiedade que, por sua vez, vai influenciar negativamente os contactos sociais entre o indivíduo alexitímicos e os outros. Embora sejam raros os estudos que associam alexitimia com a ansiedade e suporte social, Bodini e colaboradores (2008) conseguiram comprovar a relação existente entre a alexitimia e outras perturbações do foro emocional.

4.3.2 Qualidade de Vida Geral, Domínio Físico, Psicológico, Social e Ambiental

No Quadro 6 estão apresentadas os níveis de correlação existentes entre a variável final (*i.e.*, *Qualidade de Vida*) e as restantes variáveis do estudo.

Quadro 7. *Correlações estabelecidas com todos os domínios da Qualidade de Vida*

		Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Sentido de Vida	Pearson Correlation	,564**	,441*	,582**	,306	,468*
	Sig. (2-tailed)	,001	,015	,001	,101	,010
	N	30	30	29	30	29
Suporte Social	Pearson Correlation	,155	,364	,417*	,338	,553**
	Sig. (2-tailed)	,431	,057	,030	,078	,003
	N	28	28	27	28	27
Alexitimia	Pearson Correlation	,041	-,061	-,112	-,007	-,288
	Sig. (2-tailed)	,829	,749	,564	,969	,130
	N	30	30	29	30	29
Depressão	Pearson Correlation	-,634**	-,486**	-,766**	-,454*	-,284
	Sig. (2-tailed)	,000	,006	,000	,012	,135
	N	30	30	29	30	29
Ansiedade	Pearson Correlation	-,030	-,127	-,503**	-,315	-,415*
	Sig. (2-tailed)	,877	,502	,005	,090	,025
	N	30	30	29	30	29
Funcionalidade	Pearson Correlation	,074	,463*	-,255	-,007	-,050
	Sig. (2-tailed)	,696	,010	,181	,970	,797
	N	30	30	29	30	29

A análise das correlações existentes entre as variáveis psicológicas (*i.e.*, *Sentido de Vida*, *Suporte Social*, *Alexitimia*, *Depressão*) estudadas e a variável resultado (*i.e.*,

Qualidade de Vida) permitiu identificar que todas as categorias, à exceção da *Alexitimia*, mantém correlações com pelo menos um dos domínios da *Qualidade de Vida*. Assim, denota-se que o domínio *Geral* mantém uma correlação forte com a *Depressão* e com o *Sentido de Vida*. A *Depressão* apresenta, ainda, uma forte correlação negativa com domínio *Físico* e com o domínio *Psicológico*. Esta é a correlação mais forte observada no terceiro domínio abrangido pela *Qualidade de Vida*, embora não a única, com o *Sentido de Vida* e a *Ansiedade* a revelarem também níveis significativos. No domínio *Social* não se observam correlações significativas, ao ponto que no domínio *Ambiental* só é apontado um resultado significativo na sua relação com o *Suporte Social*. Estes resultados vêm enfatizar a necessidade de ter em consideração a disrupção do bem-estar emocional aquando o diagnóstico de uma doença crónica, como é o caso da esclerose múltipla (Krupp & MacAllister, 2005), e o impacto que esta disrupção pode ter na qualidade de vida dos indivíduos.

No que diz respeito à variável *Depressão* e *Ansiedade*, estes resultados vem confirmar o defendido por vários investigadores de que estas variáveis são determinantes major da qualidade de vida dos indivíduos com esclerose múltipla (Baudo et al., 2006; Garitte et al., 2010; Kane et al., 2006) e não reações emocionais resultantes apenas da incapacidade física e dos tratamentos (Amato et al., 2012; Chen et al., 2013). A título de exemplo, Dubayova e colaboradores (2013) observaram que a ansiedade e a depressão estavam relacionadas com pontuações baixas em todos os domínios avaliados pela *SF-36* em relação à qualidade de vida dos pacientes com esclerose múltipla e com colangite esclerosante primária.

Embora o *Suporte Social* apresente níveis de correlação significativa com apenas um domínio da *Qualidade de Vida*, este resultado reflete a crença defendida por alguns autores em relação ao papel que uma avaliação positiva deste constructo tem na perceção final da qualidade de vida do indivíduo (Dubayova et al., 2013). Enfatiza-se a ideia de que o ser humano é um ser biopsicossocial, existindo apenas nas relações que mantém com os outros. Curiosamente, este constructo não aparece associado ao domínio *Social* da *Qualidade de Vida*. As análises estatísticas levam a crer que este facto se deverá sobretudo ao tamanho da amostra, pelo que se acredita que se observaria uma relação significativa entre estes dois componentes numa amostra maior.

No que diz respeito ao sentido de vida, os resultados encontrados vêm sublinhar o defendido por Sommerhalder (2010) em relação ao papel que o sentido de vida pode assumir no processo de adaptação à doença e às mudanças que lhe estão subjacentes. De

facto, maiores pontuações na escala do *Sentido de Vida* estão associadas a uma melhor avaliação de quase todos os domínios da *Qualidade de Vida* (excetuando o domínio *Social*), deixando crer que um sentido de vida preservado/restaurado pode funcionar como meio eficaz para lidar as dificuldades que acompanham a esclerose múltipla e que, numa base diária, ameaçam a qualidade de vida do indivíduo.

4.3.3 Subtipo de Lesão e Qualidade de Vida

Realizadas as análises correlacionais primárias (*i.e.*, averiguação de possíveis relações lineares entre duas variáveis), foi formulado um novo objetivo: averiguar a relação entre duas variáveis, tendo subjacente a influência de uma terceira.

A primeira análise realizada pretende analisar a relação entre a variável resultado e as restantes variáveis psicológicas tendo em conta a variável *Subtipo de Lesão*. Os resultados obtidos mostram que existem correlações significativas em apenas um dos subtipos apresentados - Secundária Progressiva: *Sentido de Vida* e *Domínio Ambiental* ($r = .846, p = .002$); *Depressão* e *Domínio Psicológico* ($r = -.822, p = .004$); e *Depressão* e *Domínio Social* ($r = -.776, p = .005$). Traduzindo de linguagem estatística, em indivíduos com diagnóstico de EM Secundária Progressiva, resultados elevados na escala *Sentido de Vida* estão associados a pontuações elevadas no *Domínio Ambiental da Qualidade de Vida*; pontuações elevadas na escala *Depressão* estão associadas a pontuações baixas no *Domínio Psicológico* e no *Domínio Social*. O subtipo de lesão diagnosticado parece ter um impacto significativo na forma como o indivíduo se relaciona consigo mesmo e com os outros. Estes resultados chamam à atenção para o papel que as limitações provocadas pela doença poderão ter a nível emocional e social para o sujeito.

4.4 Modelos Preditores

Ao atingir a fase final da investigação, as análises estatísticas foram direccionadas para um rumo diferente: explorar a capacidade de uma ou mais variáveis predizerem um determinado resultado. Nesta investigação foram realizadas análises preliminares para assegurar a não violação dos pressupostos subjacentes a este tipo de análises, pelo que os resultados de seguida apresentados são válidos para a população em estudo e só podem contemplar duas variáveis independentes em cada modelo devido ao tamanho

pequeno da amostra. A escolha das variáveis preditoras foi baseada no valor das correlações observadas no estudo e consubstanciada pela revisão da literatura efetuada.

4.4.1 Domínio Geral da Qualidade de Vida

O *Sentido de Vida* e a *Depressão* foram as variáveis escolhidas para o primeiro modelo da predição da *Qualidade de Vida Geral* justificado pelas razões anteriormente apontadas.

4.4.1.1 Sentido de Vida e Depressão

A análise realizada permite constatar que as duas variáveis independentes analisadas - *Depressão* e *Sentido de Vida* - predizem significativamente o *Domínio Geral da Qualidade de Vida* ($F(2,27) = 11.84, p < .001$), explicando 46.7% da variância observada nesta última. O estudo estatístico permite ainda denotar que apenas a variável *Depressão* apresenta contribuição no modelo indicado ($\beta = -.46, p = .011$). Estes resultados vêm demonstrar a força que a perturbação de humor depressivo tem sob o processo de adaptação e a qualidade de vida do indivíduo (Chen et al., 2013), conseguindo, também, neutralizar o efeito protetor do sentido de vida.

4.4.2 Domínio Físico da Qualidade de Vida

A *Depressão* e *Funcionalidade* são as variáveis que mais se associam à *Qualidade de Vida Física* dos indivíduos, sendo, também, enfatizadas no enquadramento teórico donde foram escolhidas para o primeiro modelo de regressão. O segundo modelo apresentado mantém a *Depressão* e tem em consideração a influência do subtipo de lesão associado.

4.4.2.1 Depressão e Funcionalidade

A *Depressão* e a *Funcionalidade* predizem significativamente o *Domínio Físico da Qualidade de Vida* ($F(2,27) = 12.7, p < .001$), explicando 48.5% da variância observada neste componente. É também possível constatar a contribuição única e significativa que estas variáveis apresentam para a predição do componente *Físico* da *Qualidade de Vida*, com a *Depressão* a ter uma contribuição inferior ($\beta = -.52, p = .001$) à observada na *Funcionalidade* ($\beta = .499, p = .001$). Estes resultados surgem na linha do já observado alguns autores (Aarsland et al., 2005; Dlugonski, Motl, Sandroff, Suh & Weikert, 2012) em relação à associação da funcionalidade e da depressão na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo com EM. Como seria expectável, a condição

física e as limitações funcionais assumem um papel importante na avaliação do domínio *Físico* da *Qualidade de Vida*, com o fator incapacidade a obrigar a uma avaliação negativa de várias tarefas do dia-a-dia. Assim, e como em qualquer outra análise realizada neste estudo, é importante que a leitura efetuada seja multidimensional e não apenas focada no valor estatístico encontrado.

Apresentamos de seguida uma análise complementar baseada nos dados clínicos obtidos na amostra (*i.e.*, tipo de lesão) também para a predição da *Qualidade de Vida Física*.

4.4.2.2 Depressão e Tipo de Lesão

Os dados resultantes desta análise apontam para a capacidade preditora das variáveis *Depressão* e *Tipo de Lesão* no que diz respeito à componente *Física* da *Qualidade de Vida* ($F(2,24) = 7,37, p = .003$), explicando 39.3% da variância total observada nesta categoria da *Qualidade de Vida*. As duas variáveis apresentam uma contribuição única e significativa, com a *Depressão* a ter uma contribuição inferior ($\beta = -.38, p = .032$) à observada pelo *Tipo de Lesão* ($\beta = -.41, p = .02$). Os resultados encontrados nesta análise vão de encontro ao observado no ponto anterior. Para além do papel importante assumido pela depressão na avaliação do domínio *Físico* da *Qualidade de Vida*, aponta-se, também, o papel do subtipo de lesão diagnosticado aos indivíduos. A esclerose múltipla tem subjacentes a si sintomas físicos, cognitivos e emocionais que poderão provocar limitações graves e incapacitantes no indivíduo (Richman et al., 2013). Ao subtipo de lesão está subjacente o grau de severidade do surto e o nível de incapacidade que poderá resultar deste, sendo necessário sublinhar a unicidade de cada diagnóstico, sendo possível observar dois cursos de doença completamente diferentes.

4.4.3 Domínio Psicológico da Qualidade de Vida

Para o domínio *Psicológico* da *Qualidade de Vida* escolhemos como variáveis preditoras a *Ansiedade* e o *Sentido de Vida*. Uma das razões subjacentes a esta escolha prende-se com o fato da depressão estar mais estudada neste tipo de relação, pretendendo-se agora explorar o papel da ansiedade.

4.4.3.1 Ansiedade e Sentido de Vida

As duas variáveis - *Ansiedade* e *Sentido de Vida* - apresentam um cariz preditor no que diz respeito ao *Domínio Psicológico* da *Qualidade de Vida*, explicando 52% da variância observada neste componente ($F(2,26) = 14.06, p < .001$). Ambas contribuem de forma única e significativa para o modelo preditor, com o *Sentido de Vida* a apresentar uma contribuição superior ($\beta = .52, p = .001$) à contribuição observada na *Ansiedade* ($\beta = .43, p = .004$). À semelhança do que tem vindo a ser observado no decorrer deste estudo, o sentido de vida parece ter adotado, no campo da esclerose múltipla, um papel protetor bastante importante. No campo da ansiedade, este resultado vem sublinhar a necessidade da comunidade médica avaliar a presença deste constructo nos indivíduos com diagnóstico de esclerose múltipla. Esta necessidade nasce, não só da relação que a ansiedade mantém com a depressão, alexitimia e relações sociais, mas também pelo efeito incapacitante que esta variável emocional pode ter no dia-a-dia do indivíduo ao nível de tarefas de índole física, psicológica ou ambiental (de Boer et al., 2003).

4.4.4 Domínio Social da Qualidade de Vida

Para o domínio *Social* da *Qualidade de Vida* foram escolhidas como variáveis predictoras a *Depressão* e o *Suporte Social*. Uma das razões subjacentes a esta escolha prende-se com o fato de a diminuição de contatos sociais ser um indicador de depressão.

4.4.4.1 Depressão e Suporte Social

No domínio *Social*, duas variáveis apresentam um carácter preditor: *Depressão* e *Suporte Social*, explicando 24.5% da variância total observada neste componente da *Qualidade de Vida* ($F(2,25) = 4.62, p = .020$). No entanto, e ao contrário do observado até este ponto, apenas uma variável revela ter contribuição no processo de explicação da variância observada na *Qualidade de Vida*: *Depressão* ($\beta = -.38, p = .048$). No segmento reservado à análise das correlações mais significativas encontradas neste estudo, foi efetuada uma referência ao facto de a variável *Suporte Social* não apresentar qualquer tipo de relação com o domínio de nome semelhante da *Qualidade de Vida*. No entanto, e porque o valor encontrado na análise anterior se encontrava no limiar do estipulado para ser identificada uma relação entre variáveis, procurou-se perceber se o suporte social seria preditor de uma melhor/pior qualidade de vida. Embora se observe um carácter preditor nas duas variáveis estudadas, não se observa

uma contribuição significativa por parte da variável *Suporte Social*. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de o instrumento que avalia esta variável ter sido construído de forma a ser elegível para amostras clínicas e não clínicas. Uma vez que este instrumento avalia, de forma geral, o suporte social percecionado por qualquer indivíduo, não são tidas em consideração algumas dimensões importantes para indivíduos com doenças crónicas, como é o caso da esclerose múltipla.

No que diz respeito à variável *Depressão*, a sua relação com o domínio *Social* da *Qualidade de Vida* poderá ser explicada pela diminuição da vontade dos indivíduos em realizar manter contacto com pessoas significativas na sua vida.

4.4.5 Domínio Ambiental da Qualidade de Vida

Para o domínio *Ambiental* da variável resultado foram identificadas como variáveis preditoras o *Sentido de Vida* e a *Ansiedade*. A razão subjacente a esta escolha diz respeito ao efeito protetor do *Sentido de Vida* no *distress* experienciado pelo indivíduo no dia-a-dia.

4.4.5.1 Sentido de Vida e Ansiedade

Os resultados observados para o componente *Ambiental* da variável *Qualidade de Vida* permitem constatar o cariz preditor de duas variáveis: *Sentido de Vida* e *Ansiedade* ($F(2,26) = 6.8, p = .004$). Explicando 34.3% da variância total observada no componente indicado, estas duas variáveis apresentam uma contribuição única e significativa, com o *Sentido de Vida* a ter uma contribuição superior ($\beta = .42, p = .015$) à observada na *Ansiedade* ($\beta = -.36, p = .035$). Este resultado é bastante semelhante ao encontrado para o domínio *Psicológico* desta variável, com os resultados a enfatizarem a necessidade de não sob diagnosticar os sintomas ansiogénicos nestes indivíduos (Dahl et al., 2009).

5. Conclusão

A saúde é um pressuposto essencial para o bem-estar de qualquer indivíduo e a ele vem associado o conceito de qualidade de vida. A investigação aqui apresentada foi desenhada no sentido de avaliar a qualidade de vida em indivíduos com diagnóstico médico de esclerose múltipla. A este objetivo juntou-se a procura de variáveis que apresentassem relações significativas, de natureza positiva ou negativa, com esta dimensão multidimensional. Em suma, esta investigação propôs-se a analisar qual a influência de um conjunto de variáveis psicológicas (*i.e.*, *Sentido de Vida*, *Suporte Social*, *Alexitimia*, *Depressão* e *Ansiedade*) na qualidade de vida percecionada pelo indivíduo com diagnóstico médico de esclerose múltipla.

A revisão bibliográfica realizada numa primeira fase da investigação veio destacar a necessidade de atribuir à saúde mental um peso significativo na avaliação da qualidade de vida do indivíduo com esta enfermidade. Os problemas de foro emocional e psicológico são frequentes em indivíduos com esclerose múltipla, com os números observados a serem significativamente superiores aos identificados noutras populações com semelhante incapacidade física (Feinstein, 2004). Embora reconhecidos pela comunidade médica como sendo capazes de gerar elevados níveis de sofrimento e mal-estar, o diagnóstico destes problemas é, muitas vezes, ingenuamente ignorado com consequente categorização de sintomas secundários da doença crónica (Feinstein, 2004). O presente estudo nasceu da necessidade de perceber o que estava subjacente à avaliação da qualidade de vida realizada por estes indivíduos, tendo-se concluído que a *Depressão*, a *Ansiedade* e o *Sentido de Vida* são as variáveis psicológicas que melhor predizem a qualidade de vida. À exceção da variável *Alexitimia*, todas as variáveis psicológicas e funcionais (*i.e.*, *Funcionalidade*) estudadas se relacionam significativa com pelo menos um dos domínios abrangidos pela escala *Qualidade de Vida*.

No que diz respeito à variável *Depressão*, os resultados obtidos neste estudo ressaltam a influência negativa que esta perturbação tem em vários níveis de funcionamento do indivíduo, algo já observado por outros autores (Aarseth et al., 2008; Dlugonski et al., 2012). Embora o instrumento utilizado não permita, por si só, o diagnóstico de uma perturbação de humor depressivo, os resultados obtidos ressaltam o efeito negativo que a depressão pode ter a nível da funcionalidade e das relações sociais com o indivíduo, com a lentificação e falta de vontade para manter contactos sociais a serem dois dos sintomas-resultado da depressão (APA, 2000).

De forma antagónica, a variável *Sentido de Vida* apresenta-se como preditora de uma avaliação positiva da qualidade de vida dos indivíduos com esclerose múltipla. Esta variável apresenta cariz preditor em três dos cinco domínios abrangidos pela variável resultado, refletindo o defendido por Sommerhalder (2010) em relação ao efeito protetor deste constructo. Supõe-se que a presença de um sentido de vida estável e positivo funcione como muralha de proteção no processo de adaptação à doença crónica, defendendo o sujeito de situações de maior *distress* emocional e promovendo uma visão mais positiva do seu propósito na vida.

A revisão da literatura no campo da alexitimia dá conta do impacto deste constructo em várias áreas do quotidiano do indivíduo. O estudo analítico realizado nesta área denota que as diferenças mais significativas encontradas entre alexitímicos e não alexitímicos estão centradas ao nível do *Suporte Social*, da *Ansiedade* e do domínio *Ambiental* abrangido *Qualidade de Vida*, sendo que as áreas identificadas como mais suscetíveis vão ao encontro das dificuldades relatadas na alexitimia. Supõe-se, assim, que dificuldades na identificação e verbalização de sentimentos tenha repercussões ao nível dos contactos sociais mantidos pelo indivíduo, resultando em níveis superiores de ansiedade e pontuações mais baixas no domínio ambiental abarcado pela qualidade de vida.

Alguns dos resultados encontrados neste estudo vão de encontro ao esperado pela sintomatologia implícita à doença crónica. No que diz respeito ao subtipo de esclerose múltipla diagnosticado ao indivíduo, a análise estatística deixa transparecer uma clara relação com o nível de *Funcionalidade* e com o domínio *Físico* abarcado pela *Qualidade de Vida*. São conhecidos os sintomas físicos que acompanham a esclerose múltipla, pelo que é expectável que um maior nível de incapacidade esteja associado a uma pior avaliação da qualidade de vida física.

Um dos objetivos identificados para este estudo passava pela caracterização da amostra em relação às variáveis estudadas. Concluiu-se que, de forma geral, a amostra apresentou resultados satisfatórios para cada uma das variáveis psicológicas estudadas quando comparadas com outras patologias. A perceção do suporte social foi positiva, tendo o mesmo sido observado para a avaliação do sentido de vida. No que diz respeito a variáveis psicológicas negativas (*i.e.*, *Alexitimia*, *Depressão* e *Ansiedade*), as pontuações obtidas pela amostra do estudo posicionam-na no limite do estabelecido pelos autores das escalas.

Em números percentuais, 39,9% dos indivíduos que constituem a amostra deste estudo pontuaram valores iguais ou superiores ao estipulado pelos autores da escala *HADS* como indicador de depressão. Estes resultados foram superiores aos observados por Dahl e colaboradores (2009) relativamente à prevalência da depressão em populações com esclerose múltipla e de controlo, com registos de 25,7% e 10,6% respetivamente.

Utilizando o mesmo ponto de corte para o constructo da ansiedade, 56,7% da amostra revela perturbação de ansiedade. Dahl e colaboradores (2009) observaram diferenças significativas na avaliação da ansiedade, com os registos entre indivíduos com diagnóstico de EM e grupos de controlo a diferirem em quase 15% (30,2% e 14,8% respetivamente). Torna-se necessário distinguir um determinado sintoma (*e.g.*, fadiga, insónia, alterações no apetite, falta de memória, concentração) como sendo produto da esclerose múltipla ou reflexo de um estado de humor depressivo (Feinstein, 2011), sendo que uma falha num destes campos poderá levar a um diagnóstico de falsos positivos (Minden, 2000). O resultado observado na variável *Ansiedade* vem complementar os resultados discutidos em pontos anteriores, enfatizando o impacto clínico que esta variável pode ter no funcionamento diário e na qualidade de vida do indivíduo com esclerose múltipla.

O presente estudo permitiu observar a influência de algumas variáveis psicológicas no processo de evolução e adaptação à esclerose múltipla, às perdas por ela causadas e aos objetivos consequentemente criados. Simultaneamente, estes resultados apontam para a necessidade de realizar uma avaliação multidimensional da qualidade de vida dos indivíduos, não renegando sintomas psicológicos como algo normativo da doença. Este pressuposto é também defendido por Amato e colaboradores (2012) que acreditam que a qualidade de vida é resultado da influência conjunta entre fatores físicos, neuropsicológicos e psicossociais.

O diagnóstico de esclerose múltipla vem acompanhado de sentimentos de incerteza, desesperança, perda de autonomia e de redução da autoestima (Auquier et al., 2013). A este conjunto de sentimentos juntam-se a componente física da doença (*e.g.*, efeitos secundários das terapêuticas, regime de tratamentos). Esta é uma doença que se estende a vários domínios da vida do indivíduo, com consequências que influenciam em grande escala o processo de adaptação dos indivíduos (Davidson, Hoy, Irvine & Lowe-Strong, 2009) e que provocam altos níveis de *distress* e sofrimento.

Um dos aspetos a ter em consideração no estudo da qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla passa, também, pela avaliação que estes efetuam do suporte social que auferem. A investigação nesta área mostra que perceções positivas do suporte social estão associadas a melhores pontuações na escala de *Qualidade de Vida* e a níveis mais baixos de depressão (Frohner & Schwartz, 2005). Estes dados confirmam que o suporte social é um meio particularmente importante na otimização da resposta que o indivíduo formula face à sua condição médica, pelo que se revela necessário apostar na promoção de atividades sociais e recreativas de forma a maximizar a qualidade de vida dos indivíduos (Dyck & Jongbloed, 2000).

A mudança de estilo de vida, a perda de controlo, a dor e fadiga, a perda de independência e estabilidade económica são alguns exemplos de mudanças com as quais o sujeito lesionado em de lidar e que frequentemente conduzem a altos níveis de *stress* e outros problemas do foro psicológico. No presente estudo, a amostra realizou uma avaliação satisfatória da sua qualidade de vida, o que leva a crer que, mesmo na presença de variáveis negativas (*i.e.*, *Alexitimia*, *Depressão* e *Ansiedade*), os indivíduos conseguem encontrar um equilíbrio emocional e psicológico e dar significado às suas experiências.

Não menosprezando os resultados significativos encontrados nesta investigação, considera-se importante reservar um espaço neste trabalho para a enumeração das limitações que foram encontradas durante todo o processo subjacente ao produto final. O reduzido tamanho da amostra provocou algumas limitações neste estudo, não permitindo respeitar o critério de representatividade da esclerose múltipla e limitando as análises estatísticas que foram realizadas. Considera-se que uma amostra maior possibilitaria a exploração de outras variáveis e dos respetivos efeitos na qualidade de vida do indivíduo. Outro ponto que restringiu o presente estudo tem a ver com os instrumentos utilizados. Note-se que as escalas escolhidas para integrarem a investigação foram originalmente construídas com o objetivo primordial de responder a amostras clínicas e não clínicas. O uso de instrumentos próprios para avaliação das diferentes variáveis em amostras com diagnóstico de doenças crónicas e limitadoras permitiria uma exploração aprofundada e precisa das necessidades subjacentes à esclerose múltipla. No entanto, urge defender que o uso de escalas próprias para a doença não possibilitaria a comparação com outras populações - natureza clínica ou não clínica.

Com a investigação finalizada e as principais conclusões retiradas, urge, agora, identificar alguns aspetos que poderão ser tomados em consideração em investigações futuras na área da esclerose múltipla. O uso de instrumentos próprios para responder às exigências de uma população com diagnóstico médico de uma doença crónica e degenerativa poderá originar uma discussão importante na comunidade científica. Embora reconhecida como sendo uma doença crónica e capaz de gerar elevados níveis de incapacidade (Richman et al., 2013), a esclerose múltipla escasseia, ainda, de reconhecimento por parte das entidades trabalhadoras que não parecem compreender a severidade e inexplicabilidade dos sintomas. Deste modo, os resultados observados deverão funcionar como método de alerta e proteção para toda a comunidade de indivíduos com esclerose múltipla.

Um outro ponto que deve ser incluído na lista de considerações para investigações futuras é a realização de estudos de carácter longitudinal. O tempo de lesão é, nas doenças crónicas e limitadoras, um critério fulcral para a avaliação da qualidade de vida e do processo de adaptação. Infelizmente, o presente estudo teve índole transversal, não tendo sido encontradas diferenças significativas no âmbito do tempo de lesão. Acredita-se que uma exploração longitudinal proporcionará, por um lado, o estudo do processo de adaptação à esclerose múltipla e, por outro, a observação das diferentes necessidades do indivíduo ao longo da evolução da doença.

Esta investigação foi desenhada de forma a responder a alguns objetivos, entre os quais os critérios subjacentes à autoavaliação da qualidade de vida em indivíduos com diagnóstico médico de esclerose múltipla. Pelo menos um terço dos indivíduos com esclerose múltipla experiencia um declínio significativo na sua qualidade de vida após o diagnóstico desta doença crónica (Bakheit et al., 2000), pelo que é importante alertar a comunidade para a necessidade de adotar uma abordagem longitudinal e multidimensional no estudo da esclerose múltipla, centrando-se também nas necessidades de cada indivíduo. Grupos de apoio social e exercício são exemplos de atividades que deverão ser incentivadas em indivíduos com esclerose múltipla. No entanto, e se existe uma conclusão importante a retirar deste estudo é que cada indivíduo é um ser único com necessidades distintas dos outros e de si próprio no passado.

Referências Bibliográficas

- Aarsland, D., Figved, N., Glad, S., Harboe, E., Klevan, G., Larsen, J. P., Myhr, K. M., Nyland, H. & Omdal, R. (2005) Neuropsychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 6, 463 - 468.
- Abernethy, D. & Siegert, R. J. (2005). Depression in multiple sclerosis: a review. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 76, 4, 469 - 475. doi:10.1136/jnnp.2004.054635
- Abreu, P., Guimarães, J., Mendonça, M. T. & Sá, M. J. (2012). Esclerose Múltipla: epidemiologia, etiopatogenia, fisiopatologia e diagnóstico diferencial. *Sinapse - Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 12, 2, 5.
- Acquarone, N., Borreani, C., Marrosu, M. G., Martinelli, V., Messmer Uccelli, M., Pucci, E., Solari, A. & Trojano, M. (2007). Communicating the diagnosis of multiple sclerosis - a qualitative study. *Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 13, 6, 763 - 769. doi:10.1177/1352458506074689
- Adnet, B., Bonin, J., Chahraoui, K., Moreau, T., Pinoit, J. M. & Viegas, N. (2008). Alexithymia and links with depression and anxiety in multiple sclerosis. *Revue Neurologique (Paris)*, 164, 3, 242 - 245. doi: 10.1016/j.neurol.2007.09.006
- Aghababian, V., Auquier, P., Baumstarck-Barrau, K., Klemina, I., Pelletier, J., Reuter, F. & Simeoni, M. C. (2011). Cognitive function and quality of life in multiple sclerosis patients: a cross-sectional study. *BMC neurology*, 11, 17. doi:10.1186/1471-2377-11-17.
- Algoe, S. B. & Stanton, A. L. (2012). Gratitude when it is needed most: social functions of gratitude in women with metastatic breast cancer. *Emotion*, 12, 1, 163 - 168. doi: 10.1037/a0024024.
- Amato, M. P., Bastianello, S., Cilia, S., COGIMUS study group, Cottone, S., Grimaldi, L., Patti, F., Picconi, O., Tola, M. R. & Trojano, M. (2012). Longitudinal changes in social functioning in mildly disabled patients with relapsing-remitting multiple sclerosis receiving subcutaneous interferon β -1a: results from the COGIMUS

(Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis) study (II). *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 21, 7, 1111 - 1121. doi:10.1007/s11136-011-0021-6

Amato, M. P., Goretti, B., Hakiki, B., Iaffaldano, P., Niccolai, C., Piscolla, E., Portaccio, E., Trojano, M. & Viterbo, R. G. (2014). Anxiety state affects information processing speed in patients with multiple sclerosis. *Neurological Sciences : Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 35, 4, 559 - 563. doi:10.1007/s10072-013-1544-0

American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association.

Andersen, B. & Jim, H. (2007). Meaning in life mediates the relationship between social and physical functioning and distress in cancer survivors. *British Journal of Health Psychology*, 12, Part III, 363 - 381.

Arnett, P. A., Barwick, F. H. & Beeney, J. E. (2008). Depression in multiple sclerosis: review and theoretical proposal. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14, 5, 691 - 724. doi: 10.1017/S1355617708081174

Asenbaum, S., Klösch, G., Kollegger, H., Kristoferitsch, W., Lobentanz, I. S., Sauter, C., Vass, K. & Zeitlhofer, J. (2004). Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta neurologica Scandinavica*, 110, 1, 6 - 13. doi:10.1111/j.1600-0404.2004.00257.x

Asiret, G. D. & Özdemir, L. (2011). A Holistic Look at Patients With Multiple Sclerosis: Focusing on Social Life, Household and Employment Issues. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 57, 1, 19 - 24. doi: 10.4274/tftr.57.04

Ato-García, M., Martínez-Sánchez, F. & Ortiz-Soria, B. (2003). Alexithymia – State or Trait? *The Spanish Journal of Psychology*, 6, 1, 51 - 59.

Auquier, P., Baumstarck, K., Boucekine, M., Boyer, L., Michel, P. & Pelletier, J. (2013). Measuring the quality of life in patients with multiple sclerosis in clinical

practice: a necessary challenge. *Multiple sclerosis international*, 2013, 524894. doi:10.1155/2013/524894

Bakheit, A. M., Bryant, T. N., Hakim, E. A., Martin, J. P., McIntosh-Michaelis, S. A., McLellan, D. L., Roberts, M. W., Spackman, A. J. (2000). The social impact of multiple sclerosis - A study of 305 patients and their relatives. *Disability and Rehabilitation*, 22, 6, 288 - 293.

Bakshi, R. & Janardhan, V. (2002). Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression. *Journal of the Neurological Sciences*, 205, 1, 51 - 58.

Bambara, J. K., Haselkorn, J. K., Turner, A. P. & Williams, R. M. (2011). Perceived social support and depression among Veterans with multiple sclerosis. *Disability and rehabilitation*, 33, 1, 1 - 8. doi:10.3109/09638288.2010.481026

Barthel, D. W. & Mahoney, F. I. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61 - 65.

Baudo, S., D'Alisa, S., Mauro, A., Miscio, G., Simone, A. & Tesio, L. (2006). Depression is the main determinant of quality of life in multiple sclerosis: a classification-regression (CART) study. *Disability and rehabilitation*, 28, 5, 307 - 314. doi:10.1080/09638280500191753

Baumeister, R. F. & Vohs, K. D. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. In Lopez, S. J. & Snyder, C. R. (Eds.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.

Beal, C. C., Brown, A. & Stuifbergen, A. K. (2007). Depression in multiple sclerosis: a longitudinal analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21, 4, 181 - 191. doi: 10.1016/j.apnu.2007.02.008

Beard, S. M., Richards, R. G., Sampson, F. C. & Tappenden, P. (2002). A review of the natural history and epidemiology of multiple sclerosis: implications for resource allocation and health economic models. *Health Technology Assessment Journal*, 6, 10, 1 - 73.

- Becho, J., De Sá, J., Marques, J., Mendes, H., Paulos, A. & Roxo, J. (2006). The prevalence of multiple sclerosis in the District of Santarém, Portugal. *Journal of Neurology*, 253, 7, 914 - 918.
- Benedict, R. H. B., Foley, F., Jacobs, L., Linn, R., Miller, C., Munschauer, F. & Murphy, E. (2003). Screening for multiple sclerosis cognitive impairment using a self-administered 15-item questionnaire. *Multiple Sclerosis*, 9, 1, 95 - 101.
- Benito-León, J., González, J.-M. M., Mitchell, A. J. & Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet neurology*, 4, 9, 556 - 566. doi:10.1016/S1474-4422(05)70166-6
- Berneiser, J., Dressel, A., Hamm, A. O., Kessler, C., Krause, M., Lotze, M. & Wendt, J. (2009). Prefrontal function associated with impaired emotion recognition in patients with multiple sclerosis. *Behavioural Brain Research*, 205, 1, 280 - 285. doi: 10.1016/j.bbr.2009.08.009
- Berres, M., Ehrensperger, M. M., Grether, A., Kappos, L., Monsch, A. U., Romer, G. & Steck, B. (2008). Neuropsychological dysfunction, depression, physical disability, and coping processes in families with a parent affected by multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 14, 8, 1106 - 1112. doi: 10.1177/1352458508093678
- Bilgen, M., Chou, P., Desouki, M., Sayed, H. & Tatar, I. (2009). Evaluating regional blood spinal cord barrier dysfunction following spinal cord injury using longitudinal dynamic contrast-enhanced MRI. *BMC Medical Imaging*, 9, 10, 1 - 15. doi: 10.1186/1471-2342-9-10
- Bishop, M., Chan, F., Chiu, C.-Y., Da Silva Cardoso, E. & O'Neill, J. (2013). State vocational rehabilitation services and employment in multiple sclerosis. *Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 19, 12, 1655 - 1664. doi:10.1177/1352458513482372
- Bodini, B., Gasperini, C., Lenzi, G.L., Mandarelli, G., Pancheri, P., Pestalozza, I., Pozzilli, C., Tarsitani, L. & Tomassini, V. (2008). Alexithymia in multiple sclerosis: relationship with fatigue and depression. *Acta neurologica Scandinavica*, 118, 1, 18 - 23. doi:10.1111/j.1600-0404.2007.00969

- Bonin, B., Chahraoui, K., Duchene, C., Moreau, T. & Rollot, F. (2014). Longitudinal study of alexithymia and multiple sclerosis. *Brain and Behavior*, 4, 1, 75 - 82. doi:10.1002/brb3.194
- Bramham, J., Burke, T., Hutchinson, M., Kelly, S., Kiiski, H., Kinsella, K., Lonergan, R., McGuigan, C., O'Brien, M. C., Ó Donnchadha, S., Reilly, R., Tubridy, N. & Whelan, R. (2013). Symptom overlap in anxiety and multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 19, 10, 1349 - 1354. doi: 10.1177/1352458513476742
- Buljevac, D., Hintzen, R.Q., Janssens, A. C., Passchier, J., Polman, C. H., van der Meché, F. G. & van Doorn, P. A. (2006). Prediction of anxiety and distress following diagnosis of multiple sclerosis: a two-year longitudinal study. *Multiple Sclerosis*, 12, 6, 794 - 801.
- Bungener, C. & Montel, S. (2007). Mood and emotional disorders in multiple sclerosis: a literature review. *Revue neurologique (Paris)*, 163, 1, 27 - 37.
- Burgess, M. (2010). The process of adjustment: Providing support after a diagnosis of multiple sclerosis. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 6, 4, 156 - 160.
- Calheiros, J., Costa, D. & Sá, M. (2012). The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 70, 2, 108 - 113.
- Campbell, R., Peters, T. J., Sharp, D. J. & Somerset, M. (2003). Factors that contribute to quality of life outcomes prioritized by people with multiple sclerosis. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 12, 1, 21 - 29.
- Capello, E., Krueger, F., Mancardi, G., Pardini, M. & Uccelli, A. (2013). Reward responsiveness and fatigue in multiple sclerosis. *Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 19, 2, 233 - 240. doi:10.1177/1352458512451509
- Catledge, C., Feldman, M. D., Hart, S. L., Howard, I., Julian, L., Mohr, D. C. & Vella, L. (2006). Barriers to psychotherapy among depressed and non-depressed primary care patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 32, 3, 254 - 258.

- Chen, K., Fan, Y., Hu, R., Li, K. & Yang, T. (2013). Impact of depression, fatigue and disability on quality of life in Chinese patients with multiple sclerosis. *Stress and Health : Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 29, 2, 108 - 112. doi:10.1002/smi.2432
- Christopoulos, A. L., Kitsos, D. K., Poullos, A. & Voumvourakis, K. I. (2013). Mental Health Issues in Multiple Sclerosis Patients and Healthy Controls and Their Association with Disease Related Factors. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 1, 1, 104 - 112.
- Chun, S. & Lee, Y. (2008). The Experience of Posttraumatic Growth for People With Spinal Cord Injury. *Qualitative Health Research*, 18, 7, 877 - 890. doi: 10.1177/1049732308318028
- Colinet, S. (2013). The ‘Career’ of People with Multiple Sclerosis: Three Key Moments. The Start of the Disease to the ‘Biographical Work. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 144, 127 - 138.
- Dahl, O.-P., Lydersen, S., Midgard, R. & Stordal, E. (2009). Anxiety and depression in multiple sclerosis. A comparative population-based study in Nord-Trøndelag County, Norway. *Multiple Sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 15, 12, 1495 - 1501. doi:10.1177/1352458509351542
- Dajić, V. & Tadić, D. (2013). Quality of life in patients with multiple sclerosis in Republic of Srpska. *Medicinski glasnik : official publication of the Medical Association of Zenica-Doboj Canton, Bosnia and Herzegovina*, 10, 1, 113 - 119.
- Davidson, C., Hoy, K., Irvine, H. & Lowe-Strong, A. (2009). Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: exploration of identity redefinition. *Disability and Rehabilitation*, 31, 8, 599 - 606. doi: 10.1080/09638280802243286
- de Boer, J. B., Hintzen, R. Q., Janssens, A. C., Passchier, J., van der Meche, F. G. & van Doorn PAKalkersn N. F. (2003). Anxiety and depression influence the relation between disability status and quality of life in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 9, 4, 397 - 403.

- DeLuca, J. & Nocentini, U. (2011). Neuropsychological, medical and rehabilitative management of persons with multiple sclerosis. *NeuroRehabilitation*, 29, 3, 197 - 219. doi:10.3233/NRE-2011-0695
- Dennev, D. R., Kroencke, D. C. & Lynch, S. G. (2001). The relationship between disability and depression in multiple sclerosis: the role of uncertainty, coping and hope. *Multiple Sclerosis*, 7, 6, 411 - 416.
- Dlugonski, D., Motl, R. W., Sandroff, B., Suh, Y. & Weikert, M. (2012). Physical activity, social support, and depression: possible independent and indirect associations in persons with multiple sclerosis. *Psychology, health & medicine*, 17, 2, 196 - 206. doi:10.1080/13548506.2011.601747
- Donell, J., Franz, M., Hartung, H. P., Jörgens, S., Prochnow, D., Schäfer, R. & Seitz, R. J. (2011). Alexithymia and impaired facial affect recognition in multiple sclerosis. *Journal of neurology*, 258, 9, 1683 - 1688. doi:10.1007/s00415-011-6002-4
- Dubayova, T, Gdovinova, Z., Groothoff, J. W., Krokavcova, M., Middel, B., Nagyova, I., Rosenberger, J. & van Dijk, J. P. (2013). Type D, anxiety and depression in association with quality of life in patients with Parkinson's disease and patients with multiple sclerosis. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 22, 6, 1353 - 1360. doi:10.1007/s11136-012-0257-9
- Dwyer, T., Lucas, R. M., Pittas, F., Ponsonby, A. L., Quinn, S., Taylor, B. V., van der Mei, I. A. & Wood, B. (2013). Prevalence and concurrence of anxiety, depression and fatigue over time in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 19, 2, 217 - 224. doi: 10.1177/1352458512450351
- Dyck, I. & Jongbloed, L. (2000). Women with multiple sclerosis and employment issues: a focus on social and institutional environment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 5, 337 - 346.
- Ek, A.-C., Flensner, G., Landtblom, A.-M. & Söderhamn, O. (2013). Work capacity and health-related quality of life among individuals with multiple sclerosis reduced by fatigue: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 13, 224. doi:10.1186/1471-2458-13-224

- El Bejjani, M., Ghadie, A., Habib, R., Herlopian, A., Issa, Z., Khalifa, A. & Yamout, B. (2013). Predictors of quality of life among multiple sclerosis patients: a comprehensive analysis. *European Journal Of Neurology: The Official Journal Of The European Federation Of Neurological Societies*, 20, 5, 756 - 764. doi:10.1111/ene.12046
- Eminovic, F., Kljajic, D., Nedovic, G., Trgovcevic, S. & Urosevic, J. (2012). Quality of life persons with medulla spinalis lesions - pilot study. *HealthMED*, 6, 8, 2902 - 2908.
- Falvo, D. (2005). Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability (3rd. Edition). Canada: Jones & Barlett Learning.
- Feinstein, A. (2000). Multiple sclerosis, disease modifying treatments and depression: a critical methodological review. *Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 6, 5, 343 - 348.
- Feinstein, A. (2002). An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. *Neurology*, 59, 5, 674 - 678.
- Feinstein, A. (2004). The neuropsychiatry of multiple sclerosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 3, 157 - 163.
- Feinstein, A. (2011). Multiple sclerosis and depression. *Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 17, 11, 1276 - 1281. doi:10.1177/1352458511417835
- Feinstein, A. & Korostil, M. (2007). Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis*, 13, 1, 67 - 72.
- Finlayson, M., Fong, T. & Peacock, N. (2006). The social experience of aging with a chronic illness: perspectives of older adults with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 28, 11, 695 - 705.
- Forbes, A., Griffiths, P., Mathes, L. & While, A. (2006). Health problems and health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 201, 67 - 78.

- Ford, D. V., Jones, K. H., Middleton, R. M., Noble, J. G. & Osborne, L. A. (2012). Commentary on 'Disability outcome measures in multiple sclerosis clinical trials', *Multiple Sclerosis*, 18, 12, 1718 - 1720. doi:10.1177/1352458512457847
- Frank, A. & Gibson, J. (2002). Supporting individuals with disabling multiple sclerosis. *Journal of Royal Society of Medicine*, 95, 12, 580 - 586.
- Frohner, R. & Schwartz, C. (2005). Contribution of demographic, medical, and social support variables in predicting the mental health dimension of quality of life among people with multiple sclerosis. *Health & Social Work*, 30, 3, 203 - 212.
- Garfield, A. C. & Lincoln, N. B. (2012). Factors affecting anxiety in multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation* 34, 24, 2047 - 2052. doi: 10.3109/09638288.2012.667503
- Garitte, C., Gay, M.-C., Meunier, C. & Vrignaud, P. (2010). Predictors of depression in multiple sclerosis patients. *Acta neurologica Scandinavica*, 121, 3, 161 - 170. doi:10.1111/j.1600-0404.2009.01232.x
- Guerra, M. (1995). Uma escala de avaliação de suporte social: sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3, 25 - 34.
- Guerra, M., Lencastre, L., Silva, E. & Teixeira, P (2014). *Meaning of Life in Medical Settings: a new measure*. (Manuscrito submetido para publicação).
- Guerra, S. (2013). Management of psychosocial adjustment among people with multiple sclerosis: a critical analysis. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 9, 2, 89 - 92.
- Hadjistavropoulos, H. D. & Kehler, M. D. (2009). Is health anxiety a significant problem for individuals with multiple sclerosis? *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 2, 150 - 161. doi:10.1007/s10865-008-9186-z
- Halper, J. (2007). The psychosocial effect of multiple sclerosis: the impact of relapses. *Journal of Neuroscience*, 256, 1, 34 - 38.

- Hawkes, C. H. (2007). Smoking is a risk factor for multiple sclerosis: a metanalysis. *Multiple Sclerosis*, 13, 5, 610 - 615.
- Hawkins, S.A. & McDonnell, G. V. (2001). An assessment of the spectrum of disability and handicap in multiple sclerosis: a population-based study. *Multiple Sclerosis*, 7, 2, 111 - 117.
- Holden, K. & Isaac, C. L. (2011). Depression in multiple sclerosis: reactive or endogenous? *Clinical Neuropsychology*, 25, 4, 624 - 639. doi: 10.1080/13854046.2011.564208
- Hutchinson, M. & McGuigan, C. (2006). Unrecognised symptoms of depression in a community-based population with multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 253, 2, 219 - 223.
- Johnsson, A., Lundh, L.-G., Olsson, H. & Sundqvist, K. (2002). Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. *Emotion*, 2, 4, 361 – 379.
- Johnston M. V., LaRocca, N. G., Schiaffino, K. M. & Shawary, M. A. (2002). Determinants of health related quality of life in multiple sclerosis: the role of illness intrusiveness. *Multiple Sclerosis*, 8, 4, 310 - 318.
- Kane, R., Turner, A. P., Wallin, M. T., Wilken, J. a. & Williams, R. M. (2006). Depression and multiple sclerosis: Review of a lethal combination. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 43, 1, 45 - 61. doi:10.1682/JRRD.2004.09.0117
- Krupp, L. B. & MacAllister, W. S. (2005). Multiple sclerosis-related fatigue. *Physical Medicine and Rehabilitation North America*, 16, 2, 483 - 502.
- Lexell, J., Olsson, M. & Soderberg, S. (2008). The Meaning of Women's Experiences of Living With Multiple Sclerosis. *Health Care for Women International*, 29, 4, 416 - 430. doi: 10.1080/07399330701876646
- Metz, L., Patten, S. & Reimer, M. (2000). Biopsychosocial correlates of lifetime major depression in multiple sclerosis population. *Multiple Sclerosis*, 6, 2, 115 - 120.

- Metz, L. M., Patten, S. B., Reimer, M. A. & Wang, J. L. (2000). Major depression and quality of life in individuals with multiple sclerosis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30, 4, 309 - 317.
- Minden, S. L. (2000). Mood disorders in multiple sclerosis: diagnosis and treatment. *Journal of NeuroVirology*, 6, 2, 160 - 167.
- OMS (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*, 41, 10, 403 - 409.
- Park, M., Park, N. & Peterson, C. (2010). When is the search for meaning related to life satisfaction? *Applied Psychology: Health and well-being*, 2, 1, 1 - 13. doi: 10.1111/j.1758-0854.2009.01024.x
- Prazeres, N., Parker, D. & Taylor, J. (2000). Portuguese adaptation of de 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *RIDEP*, 9, 1, 9 - 21.
- Reis, A. C. (2012). Avaliação da adesão terapêutica na infecção VIH/SIDA e compreensão de variáveis psicológicas associadas. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar. M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 2, 225 - 237.
- Richman, S. & Schub, T. (2013). Quick lesson about... Multiple Sclerosis. *Cinahl CINAHL Nursing Guide*, EBSCO Publishing, 1 - 3.
- Ruto, C. (2013). Special Needs Populations: Care of Patients With Care of Patients With Multiple, *AORN Journal*, 98, 3, 281 - 294. doi: 10.1016/j.aorn.2013.07.002
- Sá, M. J. (2008). Psychological aspects of multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 110, 9, 868 - 877.
- Sá, J. (2012). Editorial. *Sinapse*, 12, 2, 3 - 4.

- Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 1, 41 - 49.
- Soares, M. (2002). Qualidade de Vida e Esclerose Múltipla. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Sommerhalder, C. (2010). Sentido de vida na fase adulta e velhice. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 23, 2, 270 - 277.
- Theofilou, P. (2013). Sociodemographic and Clinical Determinants of Quality of Life and Health Representations in Greek Patients With Multiple Sclerosis. *Europe's Journal of Psychology*, 9, 1, 33 - 50. doi:10.5964/ejop.v9i1.387
- Torres, S. (2005). O Corpo e o Silêncio das Emoções: Estudo da Alexitimia na Anorexia Nervosa. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

ANEXOS

Anexo 1. Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
DA UNIVERSIDADE DO PORTO

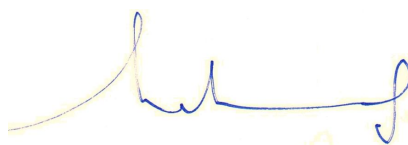
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

A Comissão de Ética (CE) da Faculdade de Psicologia Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo analisado os esclarecimentos apresentados pela Doutora Marina Prista Guerra relativamente ao projeto de investigação de Catarina Inês Ramos Pinto, entende o compromisso de não revelar o nome das pessoas que se recusam; mas, também, o das que aceitem participar no estudo. Nesse sentido, a Comissão emite um parecer favorável à sua realização.

FPCEUP, 7 de março de 2014

A Presidente,



Prof. Marianne Lacomblez

Anexo 2. Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Variáveis positivas na adaptação à Esclerose Múltipla

Importância do sentido de vida, do suporte social, da alexitimia, da depressão e da qualidade de vida

Eu, abaixo-assinado, _____, fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a observar o peso e influência que cinco variáveis (*i.e.*, sentido de vida, suporte social, alexitimia, depressão e qualidade de vida) têm no processo de adaptação de indivíduos com esclerose múltipla. Esta investigação pretende, de uma forma humilde, contribuir para o estudo do campo psicológico destas lesões e perceber quais as variáveis que influenciam o processo de aceitação, adaptação e evolução da esclerose múltipla.

Sei que neste estudo está apenas previsto o preenchimento de questionários e a sua duração será de aproximadamente 20 minutos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto. Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Nome do Participante no estudo

Data

Assinatura

____/____/____

Anexo 3. Teste *ANOVA* com variável *Subtipo de Lesão*

Quadro 8. Teste ANOVA para Subtipo de Lesão e variáveis em estudo

		Sum of	df	Mean	F	Sig.
		Squares		Square		
Sentido de Vida	Between Groups	75,339	2	37,669	1,496	,244
	Within Groups	604,291	24	25,179		
	Total	679,630	26			
Suporte Social	Between Groups	483,637	2	241,819	2,239	,129
	Within Groups	2484,209	23	108,009		
	Total	2967,846	25			
Alexitimia	Between Groups	35,488	2	17,744	,067	,936
	Within Groups	6388,364	24	266,182		
	Total	6423,852	26			
Depressão	Between Groups	18,183	2	9,092	,925	,410
	Within Groups	235,891	24	9,829		
	Total	254,074	26			
Ansiedade	Between Groups	27,685	2	13,842	,666	,523
	Within Groups	498,982	24	20,791		
	Total	526,667	26			
Funcionalidade	Between Groups	7531,650	2	3765,825	5,329	,012
	Within Groups	16959,091	24	706,629		
	Total	24490,741	26			
Qualidade de Vida Domínio Geral	Between Groups	731,271	2	365,636	1,026	,374
	Within Groups	8551,136	24	356,297		
	Total	9282,407	26			
Qualidade de Vida Domínio Físico	Between Groups	1755,720	2	877,860	4,246	,026
	Within Groups	4961,967	24	206,749		
	Total	6717,687	26			
Qualidade de Vida Domínio Psicológico	Between Groups	536,762	2	268,381	,712	,501
	Within Groups	8667,298	23	376,839		
	Total	9204,060	25			
Qualidade de Vida Domínio Social	Between Groups	163,113	2	81,556	,195	,824
	Within Groups	10058,081	24	419,087		
	Total	10221,193	26			
Qualidade de Vida Domínio Ambiental	Between Groups	493,191	2	246,596	1,237	,309
	Within Groups	4583,807	23	199,296		
	Total	5076,998	25			

Anexo 4. Teste *ANOVA* com variável *Tempo de Lesão*

Quadro 9. *Teste ANOVA para Tempo de Lesão e variáveis em estudo*

		Sum of	df	Mean Square	F	Sig.
		Squares				
Sentido de Vida	Between Groups	1,581	2	,791	,024	,977
	Within Groups	837,097	25	33,484		
	Total	838,679	27			
Suporte Social	Between Groups	42,840	2	21,420	,179	,837
	Within Groups	2753,775	23	119,729		
	Total	2796,615	25			
Alexitimia	Between Groups	292,134	2	146,067	,584	,565
	Within Groups	6255,116	25	250,205		
	Total	6547,250	27			
Depressão	Between Groups	17,851	2	8,925	1,063	,361
	Within Groups	210,006	25	8,400		
	Total	227,857	27			
Ansiedade	Between Groups	2,967	2	1,484	,077	,926
	Within Groups	482,283	25	19,291		
	Total	485,250	27			
Funcionalidade	Between Groups	1747,362	2	873,681	1,052	,364
	Within Groups	20769,602	25	830,784		
	Total	22516,964	27			
Qualidade de Vida Domínio Geral	Between Groups	967,375	2	483,687	1,510	,240
	Within Groups	8005,840	25	320,234		
	Total	8973,214	27			
Qualidade de Vida Domínio Físico	Between Groups	501,455	2	250,727	1,111	,345
	Within Groups	5642,860	25	225,714		
	Total	6144,315	27			
Qualidade de Vida Domínio Psicológico	Between Groups	378,521	2	189,260	,697	,508
	Within Groups	6517,055	24	271,544		
	Total	6895,576	26			
Qualidade de Vida Domínio Social	Between Groups	112,484	2	56,242	,217	,806
	Within Groups	6474,818	25	258,993		
	Total	6587,302	27			
Qualidade de Vida Domínio Ambiental	Between Groups	282,052	2	141,026	,714	,500
	Within Groups	4742,543	24	197,606		
	Total	5024,595	26			

Anexo 5. Teste *ANOVA* com variável *Escolaridade*

Quadro 10. *Teste ANOVA para Escolaridade e variáveis em estudo*

		Sum of	df	Mean Square	F	Sig.
		Squares				
Sentido de Vida	Between Groups	144,238	2	72,119	2,718	,084
	Within Groups	716,429	27	26,534		
	Total	860,667	29			
Suporte Social	Between Groups	371,571	2	185,786	1,615	,219
	Within Groups	2875,143	25	115,006		
	Total	3246,714	27			
Alexitimia	Between Groups	396,688	2	198,344	,868	,431
	Within Groups	6166,679	27	228,396		
	Total	6563,367	29			
Depressão	Between Groups	22,117	2	11,058	1,245	,304
	Within Groups	239,750	27	8,880		
	Total	261,867	29			
Ansiedade	Between Groups	9,167	2	4,583	,229	,797
	Within Groups	539,500	27	19,981		
	Total	548,667	29			
Funcionalidade	Between Groups	2311,667	2	1155,833	1,373	,270
	Within Groups	22725,000	27	841,667		
	Total	25036,667	29			
Qualidade de Vida Domínio Geral	Between Groups	1197,359	2	598,679	1,997	,155
	Within Groups	8094,308	27	299,789		
	Total	9291,667	29			
Qualidade de Vida Domínio Físico	Between Groups	429,012	2	214,506	,870	,430
	Within Groups	6654,747	27	246,472		
	Total	7083,759	29			
Qualidade de Vida Domínio Psicológico	Between Groups	1303,837	2	651,918	1,821	,182
	Within Groups	9306,796	26	357,954		
	Total	10610,632	28			
Qualidade de Vida Domínio Social	Between Groups	1140,625	2	570,312	1,675	,206
	Within Groups	9192,708	27	340,471		
	Total	10333,333	29			
Qualidade de Vida Domínio Ambiental	Between Groups	61,560	2	30,780	,157	,856
	Within Groups	5104,793	26	196,338		
	Total	5166,352	28			